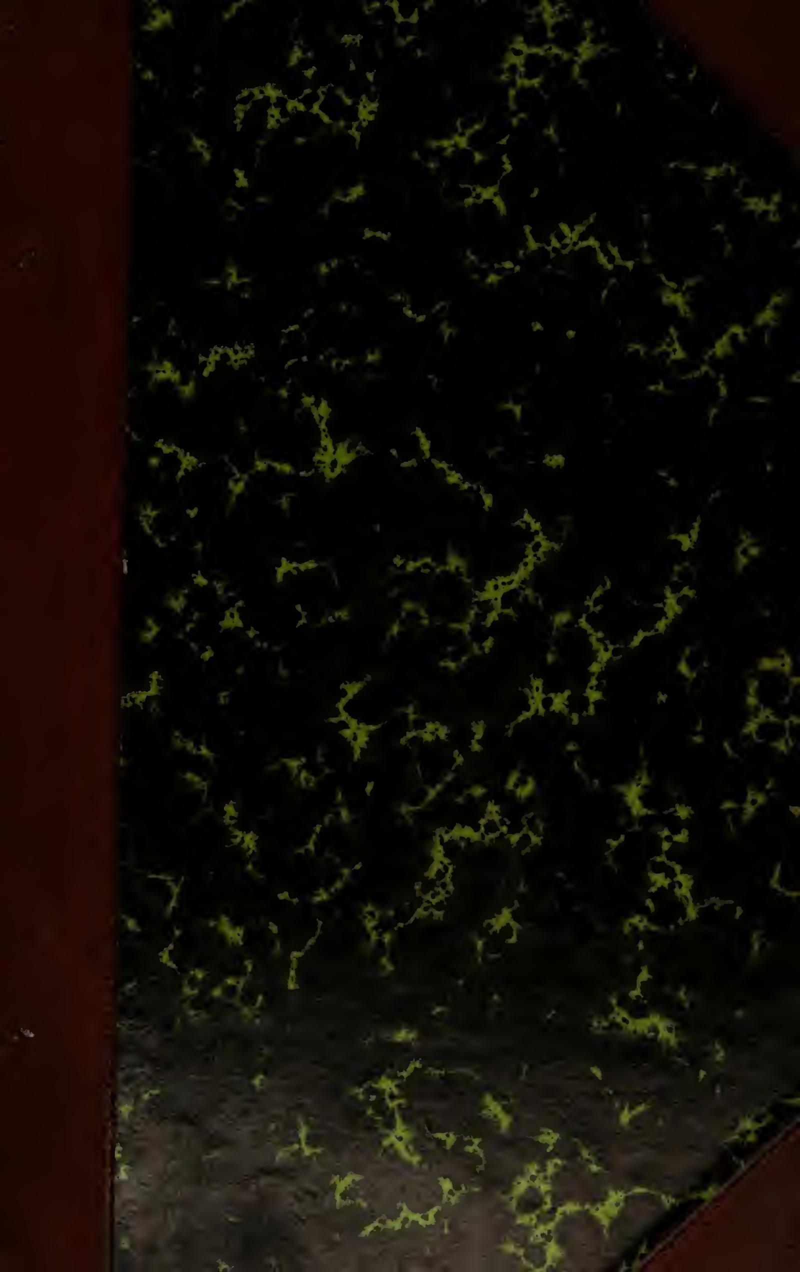
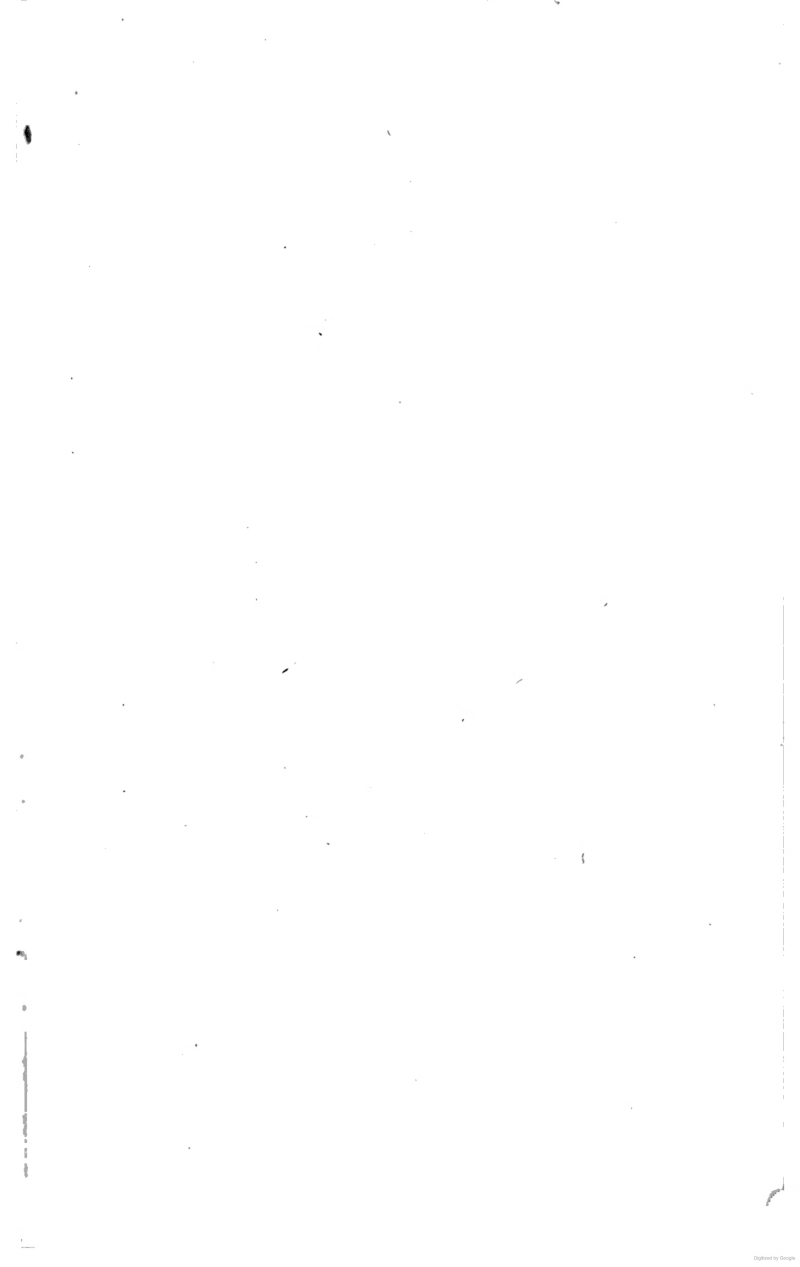




REVUE

DER

WIENER MEDIZINAL-HALLE.

JAHRBUCH

DER

GESAMMTEN PRAKTISCHEN HEILKUNDE

DES IN- UND AUSLANDES.

Eigenthümer und verantwortlicher Redakteur: Dr. PH. MARKBREITER.
Mit-Redakteur: Dr. J. SCHNITZLER.

Jahrgang 1861. I. Band.

Inhalt.

I. Pharmakodynamik, Toxikologie, Elektro- u. Balneotherapie.
II. Interne Medizin.
III. Syphilis und Dermatologie.
IV. Chirurgie, Ophthalmologie und Otiatrik.
V. Geburtshilfe, Gynaekologie und Paediatrik.
VI. Auszüge aus grösseren Werken.

Wien 1861.

Typografie von Wilhelm Engel

Stadt, Wollzeile Nr. 770.


BOSTON MEDICAL
15 1908
LIBRARY.



I. Pharmakodynamik, Toxikologie, Elektro- u. Balneotherapie.

Ueber Chloroform-Inhalationen und die Gefahren bei deren Anwendung; nach Weber und Behrend. (Memorabilien, Dezember 1860.)

Aus den Versuchen und Erfahrungen der Verf. über diesen Gegenstand lassen sich folgende Schlüsse ziehen:

1) Je mehr atmosphärische Luft dem eingeathmeten Chloroformdunste beigemengt ist, desto langsamer erfolgt der Tod. Nach den Untersuchungen J. Snow's hört bei Anwendung verdünnten Chloroforms zuerst die Athembewegung und 1—2 Minuten später (nach Weber 5 Minuten und länger) erst die Bewegung des Herzens auf; bei Einathmung reinen oder wenig verdünnten Chloroforms aber wird der Tod plötzlich durch Herzlähmung bewirkt, ohne dass die gewöhnlichen drohenden oder Gefahr anzeigenden Symptome eintreten, ähnlich wie bei der Einwirkung der Blausäuredämpfe. 2) Bei regelrechtem Verlaufe der Chloroformnarkose ist das Aufhören der Athembewegung Folge der Paralyse der Nervencentren und die Lähmung des Herzens sekundäres Phänomen. 3) Der Tod erfolgt dann mit dem Aufhören der Inspirationen; denn ohne dass geathmet wird, erholt sich die Herzbewegung nicht. Zuweilen beginnt aber die Respiration wieder, wenn bei drohendem Stillstande derselben das Chloroform sofort beseitigt und der atmosphärischen Luft freier Zutritt gelassen wird. — Der Puls erlischt noch vor dem Aufhören der Herzbewegung. (Potter erzählt einen Fall, in welchem das erste Zeichen der nahenden Todesgefahr eine eigenthümliche flatternde Bewegung war, welche er am Herzen wahrnahm.) 4) Bei Operationen von kurzer Dauer und von geringer Schmerzhaftigkeit darf die Chloroformirung in der Regel nicht vorgenommen werden, da das, was sie hier leistet, in keinem Verhältnisse zu der möglichen Gefahr steht, die sie in sich schliesst. 5) Bei schwächlichen, erschöpften, geistig sehr deprimirten Personen, bei vorhandenen *Herzfehlern,* namentlich bei Welkheit, Schlaffheit, Speckentartung des Herzens ist sie möglichst zu vermeiden. 6) Der Kranke darf *nicht mit vollem Magen* der Chloroformirung unterworfen werden, indem sich dazu eine weit grössere Congestion aller wichtigen Organe, auch Uebelkeit und Neigung zum Erbrechen gesellt. 7) Das Zimmer sei gross, luftig, mit geöffnetem Fenster. Der Kranke befinde sich in horizontaler Lage mit wenig-erhöhtem Kopfe. 8) Bei Operationen im hintern Theile des Mundes oder im Rachen ist die Anwendung des Chloroforms mit vielen Schwierigkeiten und Gefahren verbunden und deshalb möglichst zu meiden. Ist sie nicht zu vermeiden, so soll der Kranke nach

Chassaignac in eine etwas seitlich geneigte, halbschiefe Position gebracht werden. 9) *Der Chloroformdampf darf nicht unverdünnt eingeathmet werden.* Er soll mit 19 bis mindestens 14 Mal so viel atmosphärischer Luft gemischt sein. 10) Um diese Verdünnung des Chloroformdampfes zu unterhalten, ist es am Besten, einen besonderen Inhalationsapparat (nach Snow durch Ventile geregelt) anzuwenden. Sonst bedient man sich eines nicht zu dicken, zusammengefalteten Tuches, auf welches man Chloroform aufgeträufelt hat und das man ganz lose auf die Nase legt, so dass atmosphärische Luft von oben durch und von unten einströmen kann. 11) Während des Chloroformirens hat ein mit dieser Kunst wohl vertrauter Arzt, der sich mit keiner andern Hülfeleistung bei der Operation zu befassen hat, Puls, Respiration und Herzthätigkeit fortwährend zu beobachten. Für letzteren Zweck muss er sein Auge fortwährend auf die ganz entblösste Brust und die epigastrische Gegend des Kranken gerichtet haben. 12) So wie der Puls anfängt, schwächer zu werden, — das Athmen langsamer geschieht — oder ein Schnarchen oder irgend ein Stocken der Herzaktion eintritt, muss er sofort durch Wegnahme des Apparates oder Tuches die Chloroform-Inhalation unterbrechen. Dasselbe muss geschehen, wenn das Gesicht entweder bleich und verfallen, oder sehr roth und livide zu werden beginnt.

Die Chloroform-Inhalation erzeugt drei Zustände: *Aufregung, Mittelrausch* (Toleranz) und *tiefen Rausch* (Kollapsus), welche aber nicht immer in dieser Reihenfolge sich zeigen, indem Einige sogleich in den Mittelrausch, Andere aus der Aufregung sogleich in tiefen und gefährlichen Kollapsus versetzt werden. Nach Chassaignac ist der Zustand der „anästhetischen Toleranz" — friedlicher Schlaf mit Verminderung der Pulsschläge, tiefer und gleichmässiger Respiration — völlig gefahrlos, auf wie lange derselbe auch erhalten werden mag; da er sich leicht wieder zur bewussten Empfindung belebt, so muss er, sobald sich die Zeichen derselben kund geben, durch ganz kleine Mengen von Chloroform, welche dazu vollkommen hinreichen, wieder hergestellt werden. — Man sucht mit aller Vorsicht den Kranken durch ruhige und langsame Inhalationen des verdünnten Chloroforms in den Zustand der anästhetischen Toleranz zu versetzen; tritt aber trotz aller Vorsicht Kollapsus ein, was bei besonderer Idiosynkrasie bisweilen gleich nach der Aufregung oder nach den ersten paar Inhalationen geschieht, so muss man sofort die nöthigen Mittel zur Rettung des Kranken anwenden, namentlich falls er schlucken kann, aromatische Dinge, Moschus geben; ferner Anspritzen von kaltem Wasser anordnen, frische Luft durch die geöffneten Fenster zuströmen lassen etc. — Ist aber Scheintodt eingetreten, so bedingt jede Minute, in der der Kranke nicht athmet, lebensgefährliche Versäumniss. *Die Respiration muss, sobald sie erlischt, künstlich ersetzt werden,* indem man mit dem tief eingeschobenen Finger den Kehldeckel aufhebt, eine elastische Canüle in den Kehlkopf einschiebt und durch diese Luft in die Lungen vermittelst eines Blasebalges einbläst, während man gleich darauf

den Thorax comprimirt. Langenbeck machte in einem Falle, wo sich dem Eindrängen der Luft in den Kehlkopf ein Hinderniss entgegenstellte, die Tracheotomie und rettete das Leben. (Die Hall'sche Methode der künstlichen Respiration kann gleichzeitig zur Unterstützung verwendet werden.)

Ein vorzügliches Mittel zur Unterhaltung der künstlichen Respiration ist die *Faradisirung der Nervi phrenici* *).

Auch nach vollendeter und überstandener Inhalation und Operation muss, worauf besonders Chassaignac aufmerksam macht, der Kranke noch eine Zeit lang überwacht werden, da bisweilen noch eine sehr üble, ja sogar tödtliche Nachwirkung des Chloroforms sich einstellt, nämlich „anästhetisches Frösteln," welches sich bis zur Kälte der asiatischen Cholera steigern kann, „anästhetischer Stupor," welcher mit gänzlichem Zusammensinken enden kann und namentlich bei älteren, schwächlichen Personen eintritt. Die Zustände können noch in den nächsten 16, 24 bis 48 Stunden eine gefährliche Wendung nehmen. Werden dann nicht sofort belebende Mittel, namentlich kräftige Excitantien angewendet, so ist der Tod seines Opfers gewiss.

Versuche über die Wirkung der Diuretica; von Dr. Hermann Weikart in Reichenau (Archiv der Heilkunde; 1. Heft 1861).

Verf. stellte sich zur Aufgabe, die Zweifel aufzuhellen, welche insbesondere über die harntreibende Wirkung der pflanzensauren und kohlensauren Alkalien noch immer obwalten. Er nahm zu diesem Zwecke selbst eine Unze milchsauren Kalis. — Die sich einstellenden Erscheinungen waren im Anfange Uebelkeit und Brechneigung, nach einer Stunde aber, als diese Zufälle bereits geschwunden, trat eine reichliche Diurese ein, die 10 Stunden anhielt, und wobei das $2\frac{1}{2}$fache des normalen Harnquantums entleert wurde. In dem frischen Urine zeigte sich auch eine wichtige chemische Veränderung, indem der sonst immer saure Harn des Experimentators

*) Unseres Wissens war H. Friedberg (S. Virchow's Archiv, 1860.) der erste, der gegen Asphyxie durch Chloroform die Faradisation mit Glück versuchte. Der Fall betraf einen vierjährigen Knaben, bei dem bereits alle gewöhnlichen Belebungsmittel fruchtlos geblieben waren, als man als refugium ultimum die Faradisation in Anwendung zog. Der eine Stromgeber des du Bois-Raymond'schen Apparates wurde auf den nerv. phrenicus, da wo der musc. omohyoideus an dem äusseren Rande des sternocleidomastoideus liegt, und der andere an der Seitenwand des Thorax im 7. Zischenrippenraume angesetzt. Die Faradisation geschah links und rechts in der beiläufigen Dauer einer tiefen Inspiration. Nach zehnmaliger Unterbrechung des Stromes trat eine deutliche Wölbung des Epigastrums ein, welche allmälig zunahm und endlich mit einem kurzen Schluchzen verbunden war; als hierauf der Strom unterbrochen wurde, machte das Kind die erste spontane Inspiration. Die noch einige Zeit methodisch fortgesetzte Compression genügte, um die Asphyxie gänzlich zu beseitigen. Vom Beginne der Asphyxie bis zur vollständigen Wiederkehr des Pulses und der normalen Respiration waren 20 Minuten verflossen. *Sch.*

während der ganzen Dauer der Diurese alkalische Reaktion zeigte, was Verf. sich dadurch erklärte, dass das pflanzensaure Alkali im Blute in ein kohlensaures umgewandelt wurde (Wöhler) und als solches in den Harn übergegangen sei.

Um die Ursache dieser letztern Erscheinung und der mit ihr gleichzeitig eingetretenen Diurese zu erfahren, stellte Verf. folgende Versuche an. Von der Ansicht ausgehend, die Niere stelle eine möglichst grosse Filtrirmembran auf möglichst kleinstem Raume dar, construirte er ein sehr zweckmässiges Druckfilter und suchte zu ermitteln, mit welcher Geschwindigkeit die Lösungen der verschiedenen im Harne enthaltenen Salze, insbesondere aber die Lösungen der kohlensauren Alkalien durch eine thierische Membran hindurchtreten. Er fand nun, dass bei einem Drucke, der dem normalen Blutdrucke ähnlich ist, die Filtergeschwindigkeit des Wassers durch einen Zusatz von kohlensaurem Kali am wenigsten, von phosphorsaurem Natron am meisten verringert wird, so dass z. B. während derselben Zeit, wo 100 Theile reines Wasser durch die Membran treten, von einer 2 %hältigen kohlensauren Kalilösung nur 99·69 und von einer phosphorsauren Natronlösung nur 52·63 Theile durchgehen.

Es würde demnach in der That die harntreibende Wirkung der pflanzensauren Alkalien blos darauf beruhen, dass sich aus denselben kohlensaure Alkalien bilden, die im Vergleiche mit den übrigen Blutsalzen den Durchtritt des Serumwassers durch das Druckfilter der Nieren am wenigsten behindern. Ein Vergleich der einzelnen pflanzensauren Salze in Bezug auf die Menge kohlensaurer Alkalien, welche sie liefern können, hat ergeben, dass diese am grössten sei beim oxalsauren Kali, welches aber wegen seiner toxischen Eigenschaften nicht anwendbar ist; nach diesem kömmt das ameisensaure Kali, welches aber nicht officinell ist; das dritte Salz in der Reihenfolge ist das essigsaure Kali, welches auch in der That mit dem günstigsten Erfolge als Diureticum angewendet wird. Die pflanzensauren Natronsalze verhalten sich durch das aus ihnen erzeugte kohlensaure Natron den Kalisalzen analog, allein die letzteren verdienen wegen ihres grösseren Gehaltes an kohlensaurem Alkali den Vorzug. Ammoniaksalze können gar nicht berücksichtigt werden, denn wenn auch das kohlensaure Ammoniak dieselbe Filtergeschwindigkeit, wie das entsprechende Kalisalz zu besitzen scheint, so geht es doch nur in Spuren in den Harn über, da es wahrscheinlich schon im Blute zersetzt wird. Hervorzuheben findet Verf. noch, dass er nach dem Genusse von pflanzensauren oder kohlensauren Alkalien weder an sich, noch an anderen Personen, die gesunde Nieren besassen, irgend eine Erscheinung wahrnehmen konnte, die auf Reizung der Nieren schliessen liesse; doch zieht er den Gebrauch der ersteren Salze vor, weil letztere leicht die ersten Wege angreifen. Zu bemerken ist noch der niedere Filterwerth des phosphorsauren Natron, trotz der grossen Verwandtschaft der Phosphorsäure zu den organischen Substanzen; denn da diese die wichtigste Ursache der sauren Reaktion des Harnes bildet, so

erklärt sich hieraus mit, warum beim Wiedereintritt derselben die reichliche Diurese nachlässt. Wenn nun die Niere für die Salze des Blutwassers wie ein Druckfilter wirkt, so hängt die Durchtrittsgeschwindigkeit nicht blos von der Menge der in derselben gelösten Salze ab, sondern auch von dem Drucke, unter welchem das Blut steht. Die Versuche über diesen Einfluss haben ergeben, dass alles, was den mittleren Blutdruck steigert, diuretisch wirkt, und da der Blutdruck von der Häufigkeit des Pulsschlages abhängig ist, so muss auch alles, was diesen beschleunigt, die Menge des ausgeschiedenen Harns vermehren. Allein das entschieden wirksamste Diureticum, nämlich die Digitalis, welche doch die Pulsfrequenz herabsetzt, stünde mit dieser Theorie im Widerspruche; dieser ist jedoch nur ein scheinbarer, und er schwindet, so wie man die Wirksamkeit des angeführten Mittels zergliedert. Nach Weber's Entdeckung hat das Herz ein eigenes Hemmungsnervensystem; Reizung desselben, die auch durch den Genuss des Digitalis bewirkt wird, bringt Verlangsamung der Herzkontraktionen und Verminderung des Blutdruckes hervor. In der That wird auch bei gesunden Menschen durch Digitalis die Harnmenge in Folge dessen vermindert; allein bei Herzkranken, besonders bei solchen, die an Klappenfehlern oder Herzhypertrophie leiden, tritt, wenn irgend eine Schädlichkeit die Frequenz des Herzschlages erhöht, leicht der Fall ein, dass das Herz in der Diastole nicht ganz angefüllt wird, daher denn auch die Systole zu wenig Blut entleert, wodurch wieder der Druck im Capillarsysteme so bedeutend herabgesetzt wird, dass nur ein Minimum von Harn abfiltrirt werden kann. Reicht man nun Digitalis, so wird die Frequenz der Herzkontraktionen wieder herabgesetzt, dadurch werden diese vollkommener und ergiebiger, der Druck in den Capillaren nimmt zu und die Harnmenge steigt wieder. Es wirkt demnach die Digitalis, trotzdem sie die Pulsfrequenz herabsetzt, unter gewissen Verhältnissen wie alle andern dynamischen Diuretica, nämlich durch Erhöhung des Druckes im Capillarsysteme.

Ueber die Wirkung des Secale cornutum; von Dr. Felix v. Willebrand zu Helsingfors. (Notisblad för Läkare och Pharm., Bihang till Finska Läkare Sällskapets Handl. Nr. 10 u. 11. 1858. Schmidt's Jahrbücher, Dezember 1860.)

In der Einleitung bemerkt Verf., dass die Entdeckung von glatten Muskelfasern in manchen Geweben des Organismus, und namentlich auch in den Blutgefässen, sowie die von E. Weber gemachte Beobachtung, dass dieselben sowohl gegen galvanische als andere Reize reagiren, zu manchen trefflichen Untersuchungen im Gebiete der Physiologie Anlass gegeben hat, dass aber die praktische Medizin diese wichtige Entdeckung wenig benutzt habe. Da die meisten Nutritionsstörungen entweder durch Blutüberfüllung im leidenden Organe entstehen oder davon begleitet werden, die neuern Untersuchungen aber gezeigt haben, dass diese Blutüberfüllung, die

sogenannte aktive Congestion, auf mechanische Weise durch eine Erweiterung oder Erschlaffung der Wände der zu dem erkrankten Organe gehenden Blutgefässe möglich ist, so scheint es dem Verf., dass man anstatt Blut abzulassen, um die übermässige Blutmenge zu vermindern, man suchen soll, den Zufluss des Blutes zu verhindern oder zu mindern, was nach den Erfahrungen über den Einfluss der Elektrizität und anderer Mittel auf die glatten Muskeln sehr wohl möglich scheint. Die bekannte resorptionsbefördernde Wirkung des unterbrochenen induzirten Stromes fand Verf. bei seinen Versuchen über Elektrizität als Heilmittel vielfach bestätigt. Unter den nach Aufnahme in den Blutstrom wirkenden Arzneimitteln aber schien das *Secale cornutum* besonders geeignet, eine Zusammenziehung der Wände der Blutgefässe hervorzurufen. Dasselbe wirkt nach Verf. vermöge seines Gehalts an Ergotin vom Blute aus auf die zu den Gefässmuskeln gehenden Ganglíennerven, hat aber auch bei directer Applikation eine adstringirende Wirkung, wie vielfache Versuche, sowie die günstigen Erfolge bei Blutungen zur Genüge bewiesen haben.

Verf. bemerkte, dass bei Kranken, die das Sec. corn. gebrauchten, *das Herz allmälig gleichsam zusammenzuschrumpfen* anfing und sich mit dem Plessimeter eine bisweilen schon in den ersten Tagen mehrere Linien betragende Verkleinerung nachweisen liess. Ebenso wurde der Puls an der Radialarterie langsamer und kleiner. Wenn Personen, bei welchen sich keine krankhafte Veränderung des Herzens entdecken liess, 14 Tage lang oder noch länger täglich 6 — 7 mal 10 Gr. Sec. corn. genommen hatten, so fand man, dass das Volumen des Herzens so sehr abgenommen hatte, dass bei der Perkussion über demselben eine Dämpfung von nur 1 ½" Dm. vorhanden war. Wurde mit dem Gebrauche des Mittels aufgehört, so nahm das Herz sein früheres Volumen binnen verschiedener Zeit (gewöhnl. 3 T.) wieder an. Bei solchen, bei welchen Hypertrophie des Herzens, besonders der rechten Hälfte desselben in Folge von Insufficienz der Klappen oder Stenose vorkam, liess sich diese Verkleinerung oft noch schneller und deutlicher beobachten. In einem näher mitgetheilten Falle wurde die sehr beträchtliche Ausdehnung des matten Perkussionstons schon nach eintägigem Gebrauche des Mittels kleiner. Die Kr. fühlte jedoch keine Erleichterung, sondern klagte vielmehr über grössere Schwere, oder Druck in der Brust. In einem Falle von Hypertrophie beider Herzhälften entstanden nach Gebrauch des fraglichen Mittels so heftige Schmerzen, dass Morphium verordnet werden musste. — In mehreren anderen Fällen von Herzhypertrophie, in welchen das Mittel Verkleinerung des Umfanges des Herzens hervorbrachte, wurde hingegen diese Beklemmung nicht bemerkt. Es trat sogar wiederholt Abnahme der Beschwerden ein, jedoch nur vorübergehend, da das Herz die frühere Grösse bald wieder annahm. In *einem* Falle hat Verf. indessen nachhaltige Besserung beobachtet.

Die Entstehung von *Brand der Extremitäten* nach Gebrauch von Sec. corn. lässt sich durch Versuche an Thieren, die dasselbe

längere Zeit erhalten, darthun und nach Verf. auf mechan. Weise erklären. Durch die Aufnahme von Ergotin in das Blut wird nämlich nicht blos das Lumen der Blutgefässe auf sein Minimum zusammengezogen, sondern auch das Volumen des Herzens verkleinert und sein Impuls in gleichem Grade geschwächt. Dieser üble Zufall ist aber nur zu befürchten, wenn das Mittel in sehr grosser Menge anhaltend gebraucht wird, und er tritt niemals ein, ohne sich vorher durch andere krankhafte Erscheinungen anzukündigen. Verf. hat im Laufe der Jahre, in welchen er das Mittel sehr häufig anwendete, nur im folgenden Falle eine Andeutung von Krämpfen in den unteren Extremitäten gesehen.

Eine Fran litt seit 10 Jahren an heftiger Neuralgie im Bereiche beider N. occipitales, die gewöhnlich während der nur unvollständigen Menstruation auftrat. Von allen Mitteln hatten nur Eisumschläge um den ganzen Kopf bisweilen den Anfall gemildert und abgekürzt. In der Uberzeugung, dass diese Neuralgie auf Druck in Folge von Ausdehnung und Blutüberfüllung in gewissen Partien der Hirnvenen beruhte, verordnete Verf. 4mal tägl. 4 Gr. Secale cornutum. Nach 4wöchentl. Gebrauche des Mittels blieb der Anfall weg; dasselbe wurde nun mit Unterbrechung bis zur folgenden Menstruationszeit fortgebraucht, wo sich nur eine leise Spur der Neuralgie einstellte. Pat. vom Erfolge des Mittels befriedigt, brauchte dasselbe ohne Wissen des Verfassers ein halbes Jahr lang fort, bekam aber dann, nachdem sie einige Tage an Uebelkeit und allgemeinem Unwohlsein gelitten hatte, plötzlich Krämpfe in den Waden, welche sich jedoch, nachdem Pat. alle 2 Std. 15 Tr. Aether erhalten hatte, in 12 Std. verloren.

Mit A. Turenne glaubt Verf., dass manche Arten von *Neuralgien* von Druck einer ausgedehnten Vene auf einen benachbarten Nervenstamm herrühren und hat gegen solche Uebel wiederholt das Sec. corn. gebraucht. In 2 Fällen von Neuralgie im Bereiche des N. trigeminus wurde das Uebel rasch durch dasselbe geheilt; ebenso sah Verf. eine Neuralgia ischiadica bald nach dem Gebrauche desselben verschwinden; in andern Fällen von Nenralgie leistete es dagegen keinen Nutzen. — In 2 Fällen von *akutem Gelenkrheumatismus* wurden die Schmerzen und Entzündung bald nach dem Gebrauche des Mittels gehoben, in andern Fällen von Rheumatismus währte die Kur aber so lange, dass sich nicht entscheiden liess, ob das Mittel vor anderen Mitteln besonders genützt habe.

Ein vortreffliches Mittel ist dagegen das Sec. corn. bei *chron. Anschwellungen und Entzündungen des Uterus*, und Verf. ist mit Arnal überzeugt, dass durch einen methodischen und frühzeitig angefangenen Gebrauch desselben die meisten davon herrührenden Leiden verhütet werden können, namentlich wo unvollkommene Involution des Uterus nach der Entbindung zu Grunde liegt. Ebenso soll nach dem Zeugnisse erfahrener Geburtshelfer das Puerperalfieber selten vorkommen, wenn kräftige Nachwehen nach der Entbindung eintreten, d. h. dasselbe kann durch eine schnell erregte Involution nach der Geburt verhütet werden, und wird es daher immer wichtig sein, durch das Secale cornutum kräftige Nachwehen zu erregen. — Bei Behandlung der *Oophoritis* und des *Katarrhs der Tuben* dürfte es nach Verf. kaum ein kräftigeres Mittel geben, als das Sec. corn., welches in den Zwischenzeiten zwischen den Menses zu gebrauchen ist.

Sehr günstige Wirkung sah Verf. ferner von dem Sec. corn. bei chron. Hyperämien und Entzündungen, so besonders bei chron. *Bronchitis.* Auch bei *Hämoptysis* erwies sich das Mittel nützlich, und ebenso scheint es nach Verf. bei *Lungentuberkulose* Beachtung zu verdienen. Verf. glaubt auch hier, dass die günstige Einwirkung durch Vermehrung der Kontraktion der Blutgefässe und somit Verhütung eines Andrangs von Blut zu den Lungen bedingt sei. Er erwähnt hierbei, dass die Mattigkeit des Perkussionstons über den Lungenspitzen und das Verschwinden des Vesikulärathmens daselbst durchaus nicht allein von Ablagerung von Tuberkeln abhängig sei. Nicht selten findet sich um die Tuberkel herum ein gelatinöses Exsudat, welches tuberkulisiren und so den Uebergang in die Tuberkelinfiltration vermitteln kann. Wird dasselbe wieder aufgesaugt, so kann auch die Mattheit des Perkussionstons wieder verschwinden. Ausserdem bemerkt noch Verf., dass die grössere Stärke des Herztons über tuberkulös-infiltrirten Lungentheilen nicht immer durch die bessere Leitung des Schalles seitens der verdichteten Lunge erklärt werden könne, da sie bei demselben Individuum in verschiedenem Grade beobachtet werde, und keineswegs immer der Mattigkeit des Perkussionsschalls entspreche. Die genannte Erscheinung rühre vielmehr sehr häufig von grösserem lokalen Blutzufluss in Folge partieller Ausdehnung der betreffenden Verzweigungen der Lungenarterie her.

Milzanschwellung nach *Wechselfiebern* wird Verfs. Erfahrung zufolge durch den Gebrauch des Sec. corn. selbst dann oft schnell verkleinert, wenn Chinin seine Wirkung versagte, und bei gleichzeitigem Bestehen von Wassersucht sieht man darnach von China- und Eisenpräparaten sehr günstige Wirkung, während dieselben vorher keinen Erfolg hatten. Gegen das *Wechselfieber* selbst wirkt Secale nicht so sicher, wie Chinin; eine Verbindung beider Mittel leistet aber bei gleichzeitigem Bestehen beträchtlicher Milzanschwellung gute Dienste.

Von *Augenkrankheiten* eignen sich nach Verfs. Angabe für die Anwendung des Secale vor allen die Fälle, wo bei sonst gutem Zustande des Sehorgans das Accommodationsvermögen geschwächt ist (Asthenopie). Das Mittel nutzt durch seine Einwirkung auf die glatten Muskelfasern um die Linse herum, und wird nach Verf., wo nöthig, mit entsprechenden andern Mitteln, bei Kindern zu 5—10 Gr. 4mal täglich verordnet. Auch in Fällen von *akuten* und *chronischen Augenentzündungen,* und zwar namentlich in manchen Fällen von pustulöser Conjunctivitis und Blepharititis, welche hartnäckig jeder Behandlung trotzten oder bei einer blos örtlichen Behandlung immer wiederkehrten, sah Vf. gute Wirkung vom fraglichen Mittel, während dasselbe bei granulöser Bindehautentzündung und Trachom Nichts nützte. Endlich theilt Verf. noch einen Fall von Exophthalmus mit Struma und Herzhypertrophie bei einer 24jährigen Frau mit, in welchem durch den Gebrauch des Secale (4mal täglich 10 Gr.) binnen 5 Wochen eine Abnahme aller Symptome erzielt wurde.

Der Verlauf des *Erysipelas,* wird nach Verfs. Erfahrung durch

Secale gleichfalls abgekürzt, und hier ist nach v. Becker auch die äusserliche Anwendung (wie?) von Nutzen. Endlich sah Verf. noch gute Wirkung von dem fraglichen Mittel gegen Schlaffheit von Ausführungsgängen so bei *Galaktorrhöe* und *Spermatorrhöe*.

Von den verschiedenen Präparaten des *Secale* hält Verf. das *Ergotin* Boujeau's, und sodann das einfach pulverisirte Mutterkorn für am meisten zu empfehlen. Das Ergotin nach Wiggers wirkt seiner Erfahrung nach zu heftig und unzweckmässig.

Ueber die Wirkung des Alkohols, Aethers, Chloroforms, Amylens und der Kohlengase; von Lallemand, Perrin und Duroy. (L'Union medicale, Nr. 109. 1860.)

In einer der Académie de Médecine vorgelegten Denkschrift berichten die Verfasser über die von ihnen zur Ermittlung der Wirkung der gedachten Substanzen auf das cerebrospinale Nervensystem angestellten Versuche. Aus denselben geht hervor:

Alkohol, Chloroform, Aether und Amylen wirken primitiv und direct auf die Nervencentren, in deren Substanz sie sich ablagern. Was die Verfasser schon früher vom Alkohol nachwiesen, haben sie nun auch hinsichtlich des Chloroforms, Aethers und Amylens bestätigt gefunden, nämlich, dass sie sich nicht zersetzen, sondern (und zwar in den Nervencentren mehr als in andern Organen) anhäufen und auf diese Weise die Funktion der Cerebrospinalachse aufheben; erst sekundär entstehen die Erscheinungen von Asphyxie, indem dieselben erst durch die Einwirkung auf das verlängerte Mark, welches den Athmungsfunktionen vorsteht, bedingt wird. Die Kohlengase dagegen üben primitiv einen spezifischen Einfluss auf das Blut aus, indem die Kohlensäure dem arteriellen Blute die Farbe des venösen ertheilt und das Kohlenoxydgas die phisiologischen Eigenschaften der Blutkörperchen abändert. Das auf diese Art veränderte Blut erzeugt erst secundär die Erscheinungen von Unempfindlichkeit, ähnlich denen, die bei asphyktischen Zuständen eintreten.

Alkohol, Chloroform, Aether und Amylen wirken sonach direct und primitiv als Anaesthetica, die Kohlengase erst indirect. Verf. bezeichnen sie desshalb mit den Namen Pseudoanaesthetica.

Die Arsenikesser in Steiermark; von Charles Heisch, Dozenten der Chemie im Middlesex-Spitale zu London. (Edinburgh medical Journal, Juni 1860.)

Das Arsenikessen ist zu Hause bei den Bauern in Steiermark, Tirol, dem Salzkammergut, hauptsächlich aber bei Jägern und Holzschlägern. Sie nehmen es rein in einer warmen Flüssigkeit, wie Kaffee u. s. w., indem sie mit einer stecknadelkopfgrossen-Dose beginnen, und bis zur Grösse einer Erbse steigen. Der ersten Dose folgen gewöhnlich geringe Vergiftungs-Erscheinungen, wie Brennen

im Magen und Mattigkeit. Die Gesichtsfarbe und das allgemeine Aussehen bessern sich dann zusehends, und die Arsenikesser sehen in der Regel jünger aus, als sie wirklich sind. Doch ist dem Verf. nicht bekannt, dass es geradezu als Kosmeticum gebraucht würde.

Der Arsenikesser kann sich nur durch allmälige Verringerung der Dosis davon entwöhnen, da ein plötzliches Aufhören Vergiftungs-Erscheinungen, selbst den Tod nach sich zieht.

In der Regel leben Arsenikesser sehr lang, und sind besonders frei von Infectionskrankheiten, Fiebern etc. Vor dem 13. eben so wie nach dem 30. Jahre wird nur höchst selten begonnen. In den Arsenik-Bergwerken nahe an Salzburg können nur solche Leute die Arbeit einige Zeit aushalten, die täglich Arsenik-Dosen verzehren, da die andern durch die Dämpfe u. s. w. schnell zu Grunde gehen. Der Director jener Gruben theilte dem Verfasser Folgendes mit:

Schon im Alter von 17 Jahren, während ich Metallurgie studirte, hatte ich viel mit Arsenik zu thun. Damals wies mich mein Lehrer, Prof. Bonsch in Eisleben an, ich müsse, um gesund zu bleiben, einerseits Spirituosen vermeiden, andererseits Arsenik essen, doch sollte ich vom 50. Lebensjahre an die Dose langsam herabsetzen. Bis jetzt, wo ich 45 Jahre alt bin, befinde ich mich sehr wohl dabei.

Etwa eine Stunde, nachdem ich meine erste Dose genommen hatte, stellten sich bei mir Respirationsbeschwerden, Kolik und nach 3 — 4 Stunden eine lockere Entleerung ein; darauf folgte starker Appetit und das Gefühl von Erregtheit. Dieselben Symptome mit Ausnahme des Schmerzes folgten jeder Steigerung der Dose.

Ueble Folgen zieht nur eine lange Unterbrechung nach sich, denn ich bin oft genöthigt, 2—3 Tage auszusetzen, was nur geringen Appetitmangel und etwas Ermattung bewirkt, worauf ich wieder mit einer kleineren Dose beginne. Nur zwei Mal versuchte ich es, auf ernstes Zureden meiner Freunde den Arsenikgebrauch ganz aufzugeben, das zweite Mal im Jänner 1855. Am dritten Tage der zweiten Woche nach dem Weglassen meiner täglichen Dose fühlte ich Mattigkeit, geistige Depression, und gänzliche Appetit- und Schlaflosigkeit. Am vierten Tage heftiges Herzklopfen mit profusem Schweiss. Darauf folgte eine Lungenentzündung und ich lag 9 Wochen krank, gerade so, wie beim ersten Versuche, das Arsenikessen fallen zu lassen. Ich bin fest überzeugt, dass ich nur durch Wiederaufnahme dieser Gewohnheit mein Leben erhalten habe."

Bemerkenswerth ist noch, dass der Erzähler mit einer Dose *begonnen* hat, welche sonst für giftig gilt.

Ein anderer Korrespondent schreibt dem Verfasser, er sei mit einem Bierbrauer in Klagenfurt bekannt, der allen seinen Bekannten anempfiehlt, sein Beispiel — das Arsenikessen — nachzuahmen, und wirklich prachtvoll aussieht. Der Wildmeister in Grossarl, Namens Trauner, war als Mann von 81 Jahren noch ein kühner Gemsenjäger und Bergsteiger; er starb durch einen Sturz von einer Klippe. Dieser Mann nahm jeden Abend, wenn er etwas zu tief ins Glas geguckt hatte, eine Dosis Arsenik, worauf er den nächsten Morgen vollkommen nüchtern und kräftig erwachte. In Sturzburg ist ein allgemein bekannter Arsenikesser, Herr Schmid, der täglich 12—15 Gr. zu sich nehmen soll.

Das Arsenikessen wird übrigens in der Regel verheimlicht.

Der Verfasser führt zwei Fälle an, wo das Arsenikessen vor Gericht mit Erfolg als Entlastungsgrund geltend gemacht wurde.

Interessant ist auch die Mittheilung, dass die bei Umgrabung der Kirchhöfe aufgefundenen Leiber von Arsenikessern fast unverändert aussehen und von ihren Freunden erkannt werden sollen. (Daher die Fabel von den Vampyren.)

Grosse Sterblichkeit, hervorgebracht durch die Ausdünstung von todten Fischen; von Dr. Deville in Paris. (Gazette des Hopitaux Nr. 117. 1860).

Bei einer Sitzung der Commission für die Aufsicht über ungesunde Wohnungen (ein Institut, das seit 1850 in Paris bestehend, erhebliche Dienste für das Gesundheitswesen geleistet hat) trug ein Mitglied einen Bericht über ein Haus vor, welches zufolge einer Niederlage von Fischen, die sich daselbst befand, auf den Gesundheitszustand seiner Bewohner höchst nachtheilig wirkte. Anschliessend an diesen Bericht machte Dr. Deville, Todtenbeschauer folgende Mittheilungen. In zwei Häusern einer Strasse bemerkte er eine auffallende Sterblichkeit und erfuhr darauf, dass in demselben Fischmagazine waren; ein eigenthümlicher Geruch war in den Höfen und Gängen dieser Häuser verbreitet. Im Jahre 1850 starben in einem dieser Häuser von 92 Personen 18, meistens Kinder, an chronischer Diarrhoe. Im Jahre 1851 war das Haus von seinen Einwohnern verlassen. Sobald diese Magazine geräumt worden waren, hörte auch die ungewöhnliche Mortalität an diesen Orten auf. Obzwar der schädliche Einfluss deletärer, fauliger Ausdünstungen bekannt ist, so dürften wohl solche auffällige Beispiele geeignet sein, auf ähnliche Uebelstände an anderen Orten mehr aufmerksam zu machen.

Vergiftung durch Oxalsäure mit tödtlichem Ausgange; von Dr. Page. (The Lancet, November 1860.)

G., 31 Jahre alt, hatte den 3. August 1860 ungefähr eine Unze Oxalsäure genossen. Sogleich stellte sich heftiges Brennen im Munde, Oesophagus und Magen ein, was die Umgebung des Kranken veranlasste, ihn in's Spital zu bringen. Bei der Untersuchung fand man ihn bleich, seine Muskeln schlaff, die Thätigkeit des Herzens sehr gesunken, der Puls schwach, die Zunge stark belegt, die Pupillen normal. — Die Behandlung bestand vor Allem in einem Emeticum, hierauf wurde ein Brei aus Kreide jede zweite Stunde, und während dieser Zeit etwas Branntwein und Fleischbrühe verabreicht; auf die Magengrube ein Senfteig verordnet. Abends und den nachfolgenden Tag stellte sich zwar entschiedene Besserung ein, das Brechen aber dauerte anhaltend fort. Die Magengrube zeigte sich an diesem Tage empfindlich, die Zunge mit Aften besetzt, der Puls zählte 88 Schläge. Die kommenden Tage bis zum siebenten des Monates fühlte sich der Patient immer wohler, das Erbrechen nahm an Häufigkeit ab; als der Kranke am Abend des genannten Tages plötzlich grosse Unruhe zeigte; es stellte sich abermals Erbrechen ein, der Puls wurde immer schwächer und am folgenden Morgen war er eine Leiche. — Die Sektion wies im Magen eine blutige Flüssigkeit als einzige beachtenswerthe Veränderung nach.

Zwei Fälle von Vergiftung durch den Genuss von Zitronen; von Dr. Farre. (The Lancet, November 1860.)

Es ist bisher kein Eall bekannt, wo der Genuss von Zitronen Vergiftung erzeugt hätte; die experimentellen Ergebnisse mit dem Safte dieser Frucht aber weichen von einander in hohem Grade ab. Die Anwendung der destillirten Zitronensäure in ziemlich starker Dosis bei Rheumatismus zeigt, dass sie keinen feindlichen Einfluss auf den menschlichen Organismus ausübt. Nichtsdestoweniger hätte der Genuss des Innern einiger Zitronen in den sogleich mitzutheilenden Fällen beinahe den Tod erzeugt.

Zwei Kinder, ein Knabe von 3 und ein Mädchen von 5 Jahren wurden den 30. Juni im Zustand des höchsten Kollapsus in's St. Bartholomäus-Spital gebracht. Aus der Anamnese ergab sich, dass beide das Innere und zwar das Mädchen von zwei, der Knabe etwas mehr als einer Lemone genossen hatten. Bald hierauf wurden sie unwohl, und kurze Zeit vor der Aufnahme erbrachen sie dreimal. Die Symptome waren die der Prostration und des Kollapsus. Das Gesicht war bleich, der Puls kaum zu fühlen, der Herzstoss sehr schwach, der ganze Körper kalt und unempfindlich. Nach der Verabfolgung von Soda, Wein, Wasser und Fleischbrühe erholten sich beide Kinder nach Verlauf von 10 Tagen von ihrem sehr bedenklichen Zustande.

Dr. Farre leitet die Möglichkeit einer so heftigen Einwirkung der Zitronensäure auf die Kinder von dem leeren Zustande des Magens her, da sie den ganzen Tag hindurch nichts genossen hatten, und nur vom Hunger getrieben die Zitronen verzehrten. Er warnt desshalb auch vor dem Gebrauch derselben im Rheumatismus unter analogen Verhältnissen.

Behandlung der Bleilähmung und der Bleikolik mit Elektrizität; von Dr. Julius Althaus in London. (Die Elektrizität in der Medizin. 1860.)

Das Blei gelangt auf verschiedene Weise in den Körper. Bei Anstreichern wird das Blut durch die Einathmung der kleinen Theilchen des Pulvers, woraus der Anstrich gemacht wird, vergiftet, oder das Gift wird von der Haut resorbirt. Bei Setzern entsteht die Krankheit durch das Manipuliren mit den Lettern. In Frankreich wird häufig Blei mit verfälschtem Wein oder Bier genommen; auch mit Trinkwasser, welches durch bleierne Röhren geflossen ist, und mit Schupftabak, welcher mit Bleifolien verpackt war, sind schon Blei-Vergiftungen beobachtet worden. Die verschiedenen dadurch entstehenden Störungen im Organismus sind: Heftige Koliken, Krämpfe, Blindheit, Neuralgie und Lähmung. Die Bleiparalyse greift vorzugsweise die oberen Extremitäten an; so hat Tauquerel des Planches unter 113 Fällen von Bleiparalyse 93 Fälle von Lähmung der Arme, 14 von Lähmung der untern Extremitäten und 6 von allgemeiner Lähmung gesehen. Gewisse Muskelgruppen werden von dieser Art von Lähmung häufiger befallen als andere. So sind die Streckmuskeln des rechten Vorderarms am geeignetsten das Gift aufzunehmen, wahrscheinlich deswegen, weil diese Muskeln am meisten gebraucht werden und die Ernährung in denselben

mit der grössten Energie vor sich geht. Das Handgelenk hängt herab und kann, so wie die ersten Fingerglieder nicht gestreckt werden. Die Bewegung der beiden letzten Phalangen ist hingegen nicht behindert, da die Interossei nur höchst selten von der Bleilähmung befallen werden. Die befallenen Muskeln werden bald atrophisch, der Rücken des Vorderarmes erscheint nicht mehr gewölbt, sondern hohl, der Daumballen abgeflacht, der Triceps und Deltoides sind auch mehr oder weniger abgemagert. Die elektrische Erregbarkeit dieser Muskeln ist entweder ganz verschwunden oder doch beträchtlich verringert; aber die Sensibilität ist gewöhnlich erhalten. Die Elektrizität ist das wirksamste Mittel gegen die Bleiparalyse und ist selbst dann nützlich, wenn das Volumen der Muskeln beträchtlich abgenommen hat und wenn die Muskeln gar nicht auf den faradischen Reiz antworten.

Auch in der *Bleikolik* leistet der Inductionsstrom als schmerzstillendes Mittel die ausgezeichnetsten Dienste. Nach Bripuet, der an 42 Patienten hierüber Erfahrungen gesammelt, ist der Sitz des Schmerzes nicht im Verdauungskanal oder gar im Zwerchfell, wie frühere Beobachter angenommen haben, sondern in den Bauchmuskeln; zuweilen in einem, zuweilen auch in allen. Die Verstopfung hat nach B. gar nichts mit dem Schmerze zu thun. In einigen Fällen ist mit der Hyperaesthesie der Muskeln auch eine solche der Haut verbunden, während mitunter die Haut anästhetisch ist. Von den 42 Personen, welche an Bleikolik litten, hatten die meisten weiter keine Symptome von Bleivergiftung; *in allen Fällen aber wurde der Schmerz durch eine einzige Anwendung eines kräftigen Inductionsstromes getilgt*, und konnte nach dem Aufhören der Faradisirung durch Druck auf die Bauchdecken nicht wieder hervorgerufen werden. Von 42 Patienten blieben 24 nach der ersten Faradisirung ganz frei von Schmerz; bei 10 Individuen kam der Schmerz später wieder, verschwand aber definitiv nach der zweiten Sitzung; in 7 Fällen war eine dritte und in einem einzigen eine vierte Sitzung nöthig. Ausserdem zeigte sich die Wirkung der Faradisirung nicht auf das Aufhören des Schmerzes beschränkt, sondern es verschwanden danach auch die übrigen krankhaften Störungen, welche einen Anfall der Bleikolik ausmachen. Der Appetit kehrte gewöhnlich am Tage nach dem Beginne der Behandlung zurück, auch das Erbrechen verschwand bald, wogegen die Verstopfung erst am vierten Tage aufhörte. Diese Patienten hatten keine Purgirmittel bekommen. Bei einer Anzahl von Patienten wandte Briquet gar keine innerlichen Mittel an, sondern blos den Induktionsstrom; bei einer anderen Anzahl wandte er ausser der Elektrizität, Schwefelbäder, schwefelsaure Limonade, Alaun und Opium an; die Wirkungen waren in beiden Versuchsreihen dieselben. — Die übrigen Symptome aber, welche ausser der Kolik durch die Bleivergiftung verursacht waren, verschwanden durch die Faradisirung der Bauchdecken nicht.

Ueber die Wirkungssphäre der Wildbäder; von Dr. C. Bertrand in Schlangenbad. (Mediz. Centr.-Zeitung Nr. 65, 1860).

Die Wildbäder gewähren ausser den Vortheilen, welche den Badekuren im Allgemeinen zugeschrieben werden, noch den Nutzen, dass sie durch ihre reizend schönen Umgebungen auch eine Fülle der reinsten Genüsse darbieten, die namentlich für Nervenkranke von unberechenbarem Werthe sind, indem sie den Patienten wenigstens momentan alle kranken Stimmungen und Gefühle vergessen machen.

Vermöge ihrer Lage in waldigen Gebirgsgegenden, besitzen die Wildbäder eine reine, balsamische auch im Sommer nicht zu trockene Luft, was die Patienten zum tiefen Inspiriren anregt, wodurch wieder der Athmungsprozess wesentlich gefördert wird. In Befreff des Wassers daselbst, bemerkt der Verf., dass je weniger fremdartige Bestandtheile es enthält, desto grösser sei dessen auflösende und durchfeuchtende Eigenschaft, und berücksichtigt man, dass diese durch eine höhere Temperatur gesteigert wird, so erklärt sich, wie dasselbe geeignet wird, die Blutcirculation in mildester Weise anzuregen. Da die Wildbäder gewöhnlich in höheren Gegenden liegen, so darf man bei der Beurtheilung ihres Einflusses auf den Organismus die Wirkungen des verminderten Luftdruckes nicht ausser Acht lassen; diese normirt der Verfasser auf Belebung des gesammten Ernährungsprozesses, Steigerung des Stoffwechsels, Vermehrung der Pulsfrequenz und Verminderung der in die Luftorgane einströmenden Blutmasse.

Aus dem Gesagten ergibt sich der wohlthätige Einfluss, den der Gebrauch der Wildbäder ausübt: bei manchen Hautleiden, ferner bei krankhaften Exsudaten, bei marastischen und diskrasischen Zuständen reaktionsschwacher Individuen, endlich bei jenen Ernährungsstörungen, die sich als Anaemie, Chlorose und Altersschwäche kundgeben. Verf. constatirt ferner, dass man erfahrungsgemäss in den Wildbädern auch ein Mittel besitzt, um abnorme Erregungszustände des Nervensystems und zwar sowohl der sensiblen als auch der motorischen Sphäre allmälig zur Norm herabzustimmen, daher sie sich auch bei allgemeiner Nervenreizbarkeit, bei Neuralgien und Krämpfen, besonders aber bei Hysterie und Hypochondrie und bei vielen Formen der Spinalirritation vortheilhaft zeigen; eben so gewähren sie oft bei Anaemie, bei paretischen und paralytischen Zuständen, die mit starkem Erethismus verbunden sind, als Vorkur einen grossen Nutzen, um später mit um so besserm Erfolge Eisenwässer zu gebrauchen. Es wird schliesslich aus dem Mitgetheilten von selbst klar, dass bei manchen localen Reizungen, namentlich der Haut, des Darmkanals, der Harn- und Sexualorgane, wobei unter den letzteren besonders die Schleimflüsse der Frauen hervorzuheben sind, der innere und äussere Gebrauch der indifferenten Thermen ein passendes Heilmittel sei, und dass überhaupt die Wildbäder ein kräftiges Restaurationsmittel des geschwächten Organismus bilden.

Ueber die Douche; von Dr. Duval. (Gazette des Hopitaux Nr. 139, Dezember 1860).

Nach der Ansicht des Verfassers ist die Douche unstreitig das Hauptagens der Hydrotherapie und wirkt je nach den Verhältnissen, bald reizend, bald wieder beruhigend. Wegen der Verschiedenheit der durch die Douche herbeigeführten Resultate, muss man aber auch ihre Anwendung genau überwachen. Verfasser rühmt die Methode deutscher Hydropathen, die ihre Kur nie gleich mit der Douche beginnen, sondern sie vorerst durch Waschungen den Körper auf dieselbe vorbereiten. Er gebraucht dieselbe Vorsicht und wendet überdiess nur Douche von mittlerer Stärke an, und zwar hat sein kräftigster bewegliche Strahl 2 Centimètres und sein stärkster Säulenstrahl 4 Centm. Durchmesser, bei einer Maximalhöhe von 32 Fuss. Die Temparatur des Wassers kann bis zu 10°—12° C. und im Winter sogar bis 0° erniedrigt werden; dabei ist die Staubdouche, namentlich im Beginne der Kur jeder andern vorzuziehen, und dieselbe nicht so weit fortzusetzen bis Ueberreizung des Nervensystems eintritt. Die Douche ist besonders bei jugendlichen Individuen angezeigt und man soll vor derselben jede Aufregung des Herzens so wie auch Anfüllung des Magens sorgfältig vermeiden. Von der Konstitution und Empfänglichkeit hängt es ab, wie lange man die Douche einwirken lasse; da sie sich in der Regel bei kurzer Dauer reizend, die Circulation des Blutes anregend, bei längerer hingegen beruhigend, die Pulsfrequenz vermindernd zeigt, so fordert der Verfasser von Seiten des Leiters der Douche Takt und Erfahrung, und hält auch die Anwesenheit des Arztes während ihrer Anwendung für unerlässlich. Wo dieses aus Schicklichkeitsrücksichten nicht angeht, sei derselbe wenigstens stets in der Nähe und überwache, die Uhr in der Hand, sowohl die Prozedur als auch ihr Resultat. In Frankreich wird die Douche mit einer Dauer von 5 Sekunden bis 5 Minuten angewendet, dabei steigt man immer nach Verlauf von mehreren Tagen um einige Sekunden. Vorsichtshalber muss man die Kur mitunter unterbrechen, und um Kongestionen zum Gehirne hintanzuhalten, wird es zweckmässig sein, jedesmal vor Beginn der Douche den Kopf zu befeuchten. Nur bei chronischen Leiden hält Verfasser die Anwendung derselben auf Stellen, die vom eigentlichen Sitz des Uebels entfernter sind, für angezeigt, und in Betreff der allgemeinen Douche bemerkt er, dass man nacheinander Brust, Nierengegend, Arme, Beine, Becken und Füsse derselben unterwerfe; letztere sind am schwierigsten zu erwärmen. Nach der Douche werde der Patient mit einem Schwamme abgewischt, dann erst werfe man ein Leintuch über ihn und trockne ihn nöthigenfalls durch Frottiren recht gut ab, dann möge er eine leichte Körperübung, insbesondere einen kleinen Spaziergang machen, welcher übrigens auch jedesmal vor Beginn der Prozedur vortheilhaft ist.

II. Interne Medizin.

Krankheiten der peripheren Nerven; von Prof. Oppolzer in Wien. (W. mediz. Ztg. Nr. 43, 44, 46, 48, 50 1860 und Wiener mediz. Wochenschrift 43, 44, 45, 47, 49 1860.)

Wir übergehen hier den anatomischen und physiologischen Theil und beginnen sogleich mit den speziellen Erkrankungen.

Eine wahre *Hypertrophie* der Nerven ist nach dem Verfasser noch nicht konstatirt, um so weniger kenne man Erscheinungen, welche auf Nervenhypertrophie bezogen werden könnten.

Hingegen ist die *Atrophie* der Nerven, wobei die Markmasse und die Axenzylinder durch Verfettung zu Grunde gehen, eine häufige und durch mannigfache Ursache bedingte Krankheit. Eine senile Nervenatrophie und eine solche in Folge von Marasmen nach schweren Krankheiten ist nach O. mindestens sehr zweifelhaft. Sie tritt aber ein: in Organen, zu denen durch Kompression oder Unterbindung der zuführenden Arterie bei ungenügender Ausbildung eines Collateralkreislaufs weniger Blut zuströmt; nach Entzündung der Nervenscheiden und des sie umgebenden Bindegewebes; in Folge eines starken Druckes (durch straff angelegte Verbände, luxirte Gliedmassen, durch die verschiedensten Geschwülste oder Serumansammlungen in der Schädelhöhle, z. B. Hydrocephalus, durch Bindegewebs- oder Knochenwucherung in den Kanälen, welche Nerven passiren); nach Ausschneidung eines grösseren Stückes eines Nerven, wobei die Regeneration unmöglich wird; bei Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks, als der Ernährungscentra der Nerven, z. B. bei apoplektischen und encephalitischen Herden (Türck); seltener endlich beim Schwunde peripherer Organe, in welcher Beziehung nur die Atrophie des Opticus bei der Atrophia bulbi konstatirt sei.

Dem Schwunde der Nerven gehen manchmal Reizungserscheinungen voraus, wenn er durch Entzündung oder starken Druck hervorgerufen wird; die Atrophie selbst bedingt vollständige sensitive oder motorische Lähmung oder beide zugleich je nach der Natur des geschwundenen Nerven, diese haben wiederum die Atrophie der betreffenden Muskeln, bei sensitiven Lähmungen eine grössere Geneigtheit zu Entzündungen, zu Störungen der Ernährung überhaupt zur Folge.

Zur Diagnose der Nervenatrophie gehört der Nachweis einer peripheren Lähmung, also Aufhebung der Empfindung, der willkürlichen und Reflex-Bewegung und der elektro-muskulären Motilität, ausserdem der Nachweis einer Ursache; ohne Eruirung dieser ist die Erkenntniss der Atrophie wenig sicher.

Eine rationelle Therapie kann sich nach dem Verfasser nur auf eine Beschützung der Organe vor schädlichen Einflüssen, bei motorischer Lähmung auf Anregung der Ernährung der Muskeln durch passive Bewegungen, Frottiren, kalte Waschungen und Anwendung der Elektrizität beschränken.

Bezüglich der *Continuitätsstörungen* der Nerven bemerkt Verfasser, dass die Art der Durchtrennung von wesentlichem Einfluss auf die Folgen ist. Nach einer einfachen Durchschneidung oder nach der Excision eines Stückes des Nerven erfolgt in peripherem Stumpfe Atrophie durch Verfettung. Die Regeneration kommt durch Exsudation einer starren, gallertartigen Masse zu Stande, in welche vom zentralen Stumpfe her die Nervenröhren und neue Markmasse hineinwuchern. Die Erscheinungen sind anfangs verminderte Erregbarkeit der betreffenden Muskeln, Verminderung der Sensibilität (Verlust des Electrotonus im peripheren Theile nach Valentin und Schiff,) später gänzliche Aufhebung der Funktionen; durch Entzündung der Trennungsenden der Nerven kann es auch zu Krämpfen und heftigen central und peripher sich verbreitenden Schmerzen kommen.

Selbst geringfügige Verletzungen der Nerven können sehr bedeutende Erscheinungen hervorrufen, (heftige Neuralgien, Reflexkrämpfe, selbst Tetanus,) und zwar entweder bald nach geschehener Verletzung oder hinterher durch Zerrung oder Druck von den gebildeten Narben.

Die Behandlung der Continuitätsstörungen ist anfangs eine rein chirurgische; gegen die folgenden Lähmungen oder Neuralgien ist nach später zu erörternden Regeln zu verfahren, doch sei schon hier bemerkt, dass nach dem Verfasser nur die letzteren durch die Resektion des Nerven gehoben werden können; beim Tetanus hingegen sei diese schon erfolglos, da bereits das Rückenmark mitergriffen ist. Die Behandlung kann nur noch in Reinigung der Wunde, Entfernung des fremden Körpers und Darreichung grosser Gaben von Opium bestehen. Von diesem hat Verfasser noch den meisten Erfolg gesehen.

Hyperaemien der Nerven und ihrer Scheiden mögen nach der Ansicht des Verfassers sehr häufig sein, und namentlich die Grundlage vieler Neuralgien abgeben, aber der Nachweis derselben am Lebenden sei unmöglich und selbst in der Leiche nicht untrüglich.

Von *Extravasaten* an den Nerven erwähnt O. einen klinisch beobachteten Fall von Scorbut, wo er den Ischiadicus in seinem ganzen Verlaufe von Extravasaten durchsetzt gefunden; Ischialgie, Schwäche der unteren Extremitäten, waren die hervorragenden Erscheinungen während des Lebens.

Die *Entzündung* der Nerven kann eine primäre (durch Trauma, Rheuma), oder eine consecutive (bei Entzündung oder Eiterung der umgebenden Gewebe), oder endlich metastatischer Natur sein; das Vorkommen einer symptomatischen, syphilitischen, gichtischen oder scorbutischen Neuritis kann Verfasser aus seiner Erfahrung nicht bestätigen. O. ist der Ansicht, dass alle jene Fälle von Neuralgien, auf welche bald Lähmung folgt, nur auf Entzündung der Nerven mit dem Ausgang in Verfettung oder Schwielenbildung beruhen.

Die Nervenentzündung geht immer vom Neurilem aus, ihre Charaktere sind Röthung und Schwellung des Nerven, Setzung eines serösen oder gallertartigen Exsudates, ersteres wird leicht wie-

der resorbirt, letzteres besonders in grösserer Menge führt zu Bindegewebswucherung mit Atrophie des Nerven oder zu Vereiterung oder Verjauchung. Die Neuritis gibt sich kund durch kontinuirliche selten remittirende oder intermittirende Schmerzen, die bei Druck und Bewegung zunehmen und peripher ausstrahlen oder durch Zuckungen der Muskeln; späterhin durch ein Gefühl von Ameisenlaufen oder Taubheit, endlich durch sensitive oder motorische Lähmung. Nur sehr selten sieht man eine Röthung längs dem Verlaufe oberflächlicher Nerven. Fieberbewegungen sind dabei gering, fehlen meist ganz, die Reaktion vom gesammten Nervensystem aus ist oft bedeutend. (Reflexkrämpfe, Tetanus).

Die Behandlung der Neuritis ist eine antiphlogistische. Nebst kalten Umschlägen und örtlichen Blutentleerungen, werden die Schmerzen am besten durch innerliche und äusserliche Anwendung der Narcotica oder Anaesthetica gemildert. Wenn bereits die Schmerzhaftigkeit nachgelassen, räth Verfasser zur Beförderung der Resorption graue Salbe oder Jodglycerin an.

(Fortsetzung folgt im nächsten Hefte.)

Catalepsia cerea, epileptische Krämpfe der rechten Körperhälfte mit Lähmung derselben in den Zwischenzeiten; von Meissner. (Archiv d. Heilkunde. Okt. 1860.)

Hoyer, 47 Jahre alt, Schuhmacher, gibt bei der am 13. September 1860 stattgefundenen Aufnahme an, seit sechs Jahren ohne bekannte Veranlassung an eigenthümlichen Zufällen mit Bewusstlosigkeit zu leiden, wobei er mitten in der Rede plötzlich verstummt, sich umdreht und starr vor sich sieht. Das Bewusstsein kehrt hierauf vollständig zurück, ohne dass er von den Anfällen etwas wüsste. Die Anfälle, deren Dauer Anfangs sich nur von $\frac{1}{2}$—$\frac{3}{4}$ Stunde erstreckte, nahmen in den letzten drei Jahren den Charakter der Epilepsie an, stellten sich in letzterer Zeit jede 2—3 Wochen ein (während sie im Beginn der Erkrankung kaum dreimal des Jahres wiederkehrten), und halten nur 5—10 Minuten unter heftigen Zuckungen an; den Anfällen geht Kopfweh, Ohrensausen, Flimmern vor den Augen, Kältegefühl im Magen, Beklemmung der Brust voran, und hinterlassen heftige Kopfschmerzen. Seit letzterer Zeit zeigte sich auch Gedächtnissschwäche. Während der Untersuchung des Kranken, die nichts Auffälliges ergab, und gegen 20 Minuten dauerte, wurde er von 3 Anfällen heimgesucht, die auf folgende Weise verliefen: der Kranke stockte plötzlich in der Rede, drehte sich mehrmals nach links im Kreise und blieb dann unbeweglich stehen. Die Arme hingen schlaff am Körper herunter, behielten aber jede Lage, in die man sie brachte, unbeweglich bei. Nach wenigen Minuten kam der Kranke zu sich, und wusste nichts von dem, was vorgefallen war.

Der übrige Theil des Tages und die darauf folgende Nacht verliefen ruhig, am nächsten Vormittag aber hatte er einen maniakalischen Anfall. Von dieser Zeit an war er stets bewusst- und sprachlos, hatte fast jede halbe Stunde einen Krampfanfall, indem er den Kopf nach der rechten Seite bog, die rechten Extremitäten streckte. Die rechte Pupille war verengt. Der rechte Mundwinkel nach unten gezogen, das Gesicht livid geröthet, aus dem Munde trat farbloser Schaum. In den freien Intervallen waren die rechten Extremitäten gelähmt; aufgehoben, sanken sie wie todt zurück. Der linke Arm war kataleptisch, setzte jeder Bewegung einen mässigen Widerstand entgegen. Die Empfindung rechterseits bedeutend geschwächt. Auf Kitzeln derselben reagirte er nur schwach, während ähnliche Reize auf der linken Seite energische Bewegungen hervorriefen. Die Temperatur der Extremitäten

nicht erhöht, wohl aber die der Stirne. Solche Anfälle hatte er bis zum 15. September 52. Der Puls hatte stets 80—84 Schläge, Stuhl musste durch ein Klysma mit Essig erzeugt werden, der Urin wurde aber unwillkürlich entleert. Die Krämpfe stellten sich nun alle 5 Minuten ein, bis der Tod am 17. September erfolgte. Im ganzen hatte er 243 Anfälle.

Die Diagnose, sich stützend auf die mit Bewusstlosigkeit seit Jahren sich einstellenden einseitigen Krämpfe wurde auf einen Tumor des Gehirns gestellt.

Die Sektion ergab eine Geschwulst, welche entsprechend dem innern Theil der rechten Hälfte in der vorderen Schädelgrube sich befand, 3/4" breit und hoch war. Hie und da durchziehen den Tumor, der mit der Duramoter allseitig fest zusammenhängt, stärkere Gefässe. Die Schnittfläche war glatt, faserig, grauroth; der Tumor ist sehr fest und enthält spärlichen Saft; an seiner Basis ist der Knochen vorgetrieben. — Die Basis des rechten Lappens in der Länge von 2" und der Breite von 1" erreicht, die Bulbi der Olfactorii nicht mehr nachzuweisen (über das Verhalten des Geruches konnte man im Leben nichts erfahren) Alle übrigen Hirnnerven normal. — Die mikroskopische Untersuchung wies nach, dass die Geschwulst ein Epitheliom war.

Beachtenswerth in diesem Befunde sind folgende Punkte:

1. Die Geschwulst war nicht auf der der affizirten Körperhälfte entgegengesetzten, sondern auf der gleichnamigen Seite.

2. Der Sitz der Geschwulst über dem Siebbein ist so selten, dass dieser Fall blos der dritte in der Literatur bekannte ist.

3. Das Auffälligste war die Katalepsie, die bisher nie mit Hirnstörungen verbunden, sondern stets nur bei hysterischen Weibern und Somnambulen getroffen wurde.

Wesen und Heilung der Hydrophobie; vom Fürsten J. Zagell zu Górowce in Volhynien. (Tygonik lekarski, Nr. 17, April 1860.)

Der Verf. hatte als prakt. Arzt Gelegenheit, 42 von wüthenden Hunden, Katzen und Wölfen gebissene und in Folge dessen hydrophobisch gewordene Landleute zu beobachten und durch Anwendung der Rad. spiraeae filipendulae vollkommen zu heilen; er fordert daher die Aerzte auf, sich durch Versuche von der constanten Wirkung dieses Mittels zu überzeugen.

Gestützt auf seine achtjährige Erfahrung in dieser Beziehung und auf das Ergebniss einer Sektion, welche er an der Leiche eines Hydrophobischen zu machen Gelegenheit hatte, gibt Verf. Folgendes über Charakter, Kontagiosität und pathologische Anatomie dieser Krankheit an, über welche die Akten noch lange nicht geschlossen sind.

1. Nur das Virus der wüthenden *Raubthiere* ist dem Menschen schädlich; wohingegen, übereinstimmend mit den Beobachtungen von Hunter, Brechet, Babington u. A. die Carnivora von dem Virus der Herbivora intact bleiben.

2. Das Gift der wüthenden Thiere befindet sich in den Submaxillardrüsen derselben. Verf. gab verschiedenen Thieren mit dem Blute wüthender Hunde besudelte Speisen, und sah keine übeln Folgen; während Thiere in 11—19 Tagen hydrophobisch wurden,

wenn er ihnen Speisen reichte, welche zuvor mit dem, besonders aus der Gegend des Ductus Whartonianus genommenen Speichel wüthender Hunde besudelt worden waren. Verstopfung dieses Speichelganges kann die durch wüthende Thiere beigebrachte Wunde ganz gefahrlos machen.

3. Die Hydrophobie stellt sich in mindestens 9 Tagen und höchstens 3 Monaten nach stattgehabter Verwundung ein; diese Beobachtung des Verf. widerspricht somit der Behauptung älterer und neuerer Autoren (Galen, Coelius, Aurelianus, Mathegg, Becquerel, Chirac), welche diesen Zeitraum auf viele Monate und Jahre hinausschieben.

4. Becquerel unterscheidet 3 Perioden in der Hydrophobie; période d'incubation, p. d'invasion et p. de developpement. Verf. nimmt deren nur 2 an: das Stadium prodromorum und hydrophobicum.

Im ersten Stadium ist der Kranke unruhig, niedergeschlagen und überzeugt, dass sein Ende herannaht; die Wunde röthet sich, schwillt an und sondert viel Eiter ab; der Kranke ist gegen jede Berührung empfindlich, klagt über Halsweh und Schmerzen in der Gegend des 3. bis 5. Lendenwirbels, schläft unruhig und sieht im Schlafe ungeheure Thiergestalten; am 3. Tage endlich ist sein Gesicht convulsivisch verzerrt, er empfindet Kopfschmerz, Krampf im Schlunde, verliert das Gehör, sein Gesicht röthet sich, der Puls ist schwach und beschleunigt (140 in der Minute) und nun beginnt das zweite Stadium, die eigentliche Hundswuth. „Es gibt nichts Fürchterlicheres und Traurigeres, als das Bild eines wüthenden Menschen. Das Haar steht ihm zu Berge, seine Stimme ist heiser; er wälzt sich unruhig auf seinem Lager, beisst sich selbst, rauft sich die Haare aus, spuckt immerwährend um sich und zerreisst seine Kleidungsstücke; schaumiger Speichel fliesst aus seinem Munde, seine Augen sind glänzend, mit feuriger Konjunktiva und vergrössertem Augapfel; der Kranke ist sowohl hydro- als photophobisch und bekommt beim Anblicke glänzender Gegenstände und des Wassers Krämpfe der oberen und unteren Extremitäten und der Glottis; nur selten fehlt Incontinentia urinae. Nach 15—20 Minuten wird das Gesicht bleich und mit reichlichem Schweisse bedeckt; der Kranke verzweifelt, nimmt Abschied von den Seinigen und bereitet sich zum Tode vor; nach 10—15 Minuten rafft er sich mit einem fürchterlichen Schrei auf und verfällt bald in den früheren Zustand, welcher im Ganzen 21—36 Stunden anhält. Der Tod erfolgt durch Entkräftung und Suffocation."

Die in einem Falle vorgenommene Sektion ergab Folgendes: Das Gehirn normal, die plexus choroidei krankhaft angeschwollen, die corpora restiformia und Oliven erweicht, der Glossophasyngeus Vagus und besonders der ramus recurrens n. vagi mit einer rothen Pseudomembran bekleidet, an welcher ein Netz von pathologisch erweiterten Kapillaren zu sehen war. Die Lungen ödematös, Mundhöhle und Oesophagus enthalten viel schaumigen Speichel. Die Schleimhaut des Magens und der Gedärme, besonders um den

Peyer'schen Placques entzündet, letztere vergrössert. Leber, Milz, Nieren normal, Harnblase leer. Das Rückenmark zwischen 3—5 Lendenwirbel erweicht.

Der Sektionsbefund wies somit die von Boerhave, Vidal und Magendie beschriebenen Leichenerscheinungen, wie Erweichung des Gehirns und der Rückenmarkes in ihrer Totalität, Vorhandensein einer blutigen Flüssigkeit im ganzen Rückenmarkskanal nicht nach; ebensowenig konnte Verf. die von Marochetti als Sitz des Virus beschriebenen Unterzungenbläschen, welche nach Ansicht des Letzteren am neunten Tage nach der Verwundung entstehen sollen, trotz genauesten Untersuchungen an Lebenden oder an der eben beschriebenen Leiche auffinden; Verf. ist daher der Ansicht, dass diese Unterzungenbläschen normale, von Nuhn und Blandin beschriebene, und zu beiden Seiten des frenulum linguae befindliche Drüsen seien.

Den Sitz der Krankheit betreffend, kann Verf. der Meinung der meisten Autoren, dass die Hydrophobie ausschliesslich ins Nervensystnm zu verlegen sei, nicht beistimmen; er glaubt vielmehr, dass hier ursprünglich das Circulations- und erst sekundär das Nervensystem affizirt sei.

Auf die Idee, die Hydrophobie durch Spiraea filipendula zu heilen, kam Verf. durch die lithanische und polnische Benennung dieser Pflanze (pasintas, szaleniec, Tollkraut). Die Spiraea filipendula*) (XII. Cl. Linné Icosandria pentagynia) wächst in Mitteleuropa in Birkenwäldern, erreicht eine Höhe von 1 ½ Fuss, blüht im Juni und ist der Valeriana off. sehr ähnlich. Die Wurzel wird im August gesammelt und im Schatten getrocknet. Ihrem chemischen Gehalte nach ist die Pflanze zu den tonico-adstringentiis zu zählen; sie enthält Salicin, Gallussäure und das Spiräin, welches hellgelb, in Schwefelsäure leicht, in Wasser gar nicht löslich ist und in Nadeln krystallisirt. Behufs des Gebrauches wird die frische Wurzel zu einem feinen Pulver zerrieben, und davon werden Kindern von 3—6 Jahren je 10 Gr., von 6—9 Jahren 20 Gr., von 9—15 Jahren 2 Scrp., von 15—20 Jahren 1 drch., Erwachsenen vom 20. Jahre angefangen 2 drch., Hunden ½ Unze und dem Rindvieh 2 Unzen früh und Abends in Milch gelöst, durch 10 Tage verabreicht; ausserdem wird das Decoct äusserlich zu Waschungen der Wunde benützt. Nach Anwendung dieses Mittels hat Verf. in allen 42, von ihm beobachteten Fällen vollständige Genesung erzielt.

Ueber die Wirkungsweise dieser Pflanze verspricht Verf. damals Aufschluss zu geben, wenn das Nähere über die Wirkungsweise des Chinins in der Materia, und über die anatomischen Veränderungen in der Hydrophobie und vielen Nervenkrankheiten angegeben werden wird.

---

*) Nach Angabe Oesterlens werden die Blätter dieser Pflanze in Russland gegen Bandwurm benützt. Die frische Wurzel der Spiraea Ulmaria hat schon Kuhner (Med. Ztg. Russlands Nr. 51, 1850) in der Wasserscheu wirksam gefunden.

Zur Aetiologie des Typhus, von Prof. v. Gietl in München. (Med. Central-Ztg. Dezember 1860), und Budd in Bristol (The Lancet, November 1859. — Mediz.-chirurg. Monatshefte, Mai 1860.)

Aus den lehrreichen Forschungen des Verf. über die Aetiologie des Typhus heben wir dessen nicht genug zu beachtende Bemerkungen über den Einfluss, welchen gewisse örtliche Verhältnisse auf die Entstehung und Verbreitung der fraglichen Krankheit äussern, hervor.

„Es gibt in München Oertlichkeiten, welche zu jeder Zeit Typhuskranke liefern (stehende Herde), dann aber solche, in welchen nur zu gewissen Zeiten Typhuskranke vorkommen (wandelnde Herde). Strassen und Häuser, welche stehende Herde bilden, sind mangelhaft angelegt, schlecht gebaut und die Wohnungen häufig feucht. Die Aborte und das Trinkwasser (vorzüglich das Wasser aus den Pumpbrunnen) sind die Quellen, aus welchen die Typhus-Infektionen geschöpft werden. Erstere sind unzweckmässig angelegt, nachlässig gehalten, und werden oft zwei und mehrere Jahre hindurch nicht geräumt. Es gibt aber auch Häuser, deren Aborte allerdings in Kanäle münden, deren Schläuche aber, zur Verhütung starken Zuges im Winkel gebogen, wahre Kothbehälter sind, und daher eben so gedeihliche Typhusstätten bilden, als die Versitzgruben selbst. Pumpbrunnen liegen häufig neben den Versitzgruben und werden durch diese verunreinigt, so wie auch nothwendig die in der Stadt liegenden Quellen, von welchen viele Strassen ihr Wasser beziehen, gleichfalls mit faulenden und Fäcalstoffen verunreinigt werden. Es kamen Kranke zur Beobachtung, welche unzweifelhaft durch das Trinkwasser den Typhus bekamen, so wie es viele Häuser gibt, deren Wasser den Einwohnern, besonders den Kindern, die hartnäckigsten Diarrhöen verursacht. Vor Allem aber haben die Schlafzimmer die grösste Bedeutung für die Typhus-Infektion. Durchschnittlich ist in München (auch in Wien, Ref.) die Sitte herrschend, die Schlafstätten in die entlegensten, engsten und dunkelsten Räume des Hauses zu verlegen. Namentlich sind die Schlafzimmer der Dienstboten, Gesellen etc. eng, feucht, mit Fenstern nach kleinen schmutzigen Hofräumen, neben Abtritten gelegen; oder die sogenannten Holzlagen (Aufbewahrungsorte des Holzes, verschiedener Utensilien etc.) sind zugleich die Schlafstellen für Dienstboten. Schlafstellen neben Abtritten liefern die intensivsten, von ausgedehnten Mortificationen begleiteten Typhen. Zur Typhus-Infektion tragen sicher noch jene Küchen bei, die neben Abtritten liegen, welcher Fall nicht so selten vorkommt. (Fremde, die nach München kommen, bemerkt Verf., werden nur dann vom Typhus befallen werden, wenn sie Wohnungen beziehen, welche Typhusherde sind, nicht weil sich dieselben in der Münchener Luft befinden.)“

Budd, der den Darmausleerungen von allen Emanationen

des Kranken die grösste ansteckende Kraft zuschreibt, beschuldigt ebenfalls die Kanäle und sonstige Plätze, in welche das Virus gelangt, als die hauptsächlichsten Verbreitungsmittel der Krankheit. B. führt zur Rechtfertigung dieser Behauptung zahlreiche eigene Beobachtungen an, die über die Richtigkeit dieser Ansicht kaum einen Zweifel übrig lassen.

Lähmung des Gaumensegels nach Diphtheritis, von M. Roche. (Bulletin de la Societé anatomique de Paris, tome IV.)

Dr. Roche berichtete der anatomischen Gesellschaft in Paris über folgenden interessanten Fall aus dem Spital Lariboisière.

Ein 22jähriges Mädchen kam mit starker Diphtheritis laryngea ins Spital. Die Dyspnoe war sehr heftig, das Fieber stark, die Pseudomembranen reichlich, die Submaxillar-Drüsen geschwellt und fast vollständige Aphonie vorhanden. Am Ende der ersten Woche waren fast alle Spuren des Croup verschwunden, nur sprach Patientin durch die Nase, und Flüssigkeiten gelangten beim Schlingen in dieselbe, ohne dass die Patientin sich dessen bewusst wurde. Ein Federbart brachte keine Reizung der Uvula hervor, und eben so wenig Schmerz, wenn er bis zum Kehldeckel geführt wurde. Sonst befand sich die Kranke ganz wohl.

Dieser Zustand dauerte etwa 3 Wochen, als sie während des Essens plötzlich von einem Erstickungsanfall betroffen wurde. Die physikalische Untersuchung ergab, dass die linke Lunge nicht athmete. Als den Sitz des Athmungshindernisses gab die Kranke eine Stelle, zwei Finger unter dem Claviculareude des Sternums etwas nach links an. Nach 8 Stunden war die Kranke eine Leiche.

Bei der Sektion zeigte sich bedeutender Emphysem des subcutanen und intermusculären Bindegewebs-Stratums des Halses und des Mediastinums; die Halsvenen strotzten, die Lungen waren ausgedehnt, bläulich roth, auf ihrer Oberfläche emphysematös. Der Kehlkopf gesund, die Schleimhaut der Luftröhre und des rechten Bronchus geröthet. Im linken Bronchus, in der Gegend der ersten Bifurcation fand sich ein Stück Fleisch, welches sein Kaliber vollständig verstopfte und sich mit dem Rohre selbst verästelte. Die Schleimhaut unterhalb des Hindernisses roth injicirt, das Lungenparenchym durchwegs lufthältig. In den Bronchialröhren eine geringe Menge schwach röthlicher Flüssigkeit enthalten.

Ueber Inhalationskuren mit besonderer Berücksichtigung des Sales-Girons'schen Heilverfahrens; von H. Vogler, (Deutsche Klinik Nr. 35, 1859), J. B. Nevins, (Brit. med. Journ. Sept. 1859), Sales-Girons, (Revue de Therapeut. medico-chirurg. Nr. 4, 1860); A. Schnitzer, (Med. Central-Zeitung. Nov. 1860).

Die Idee der Inhalationskuren liegt bei den Erkrankungen der Respirationsorgane sehr nahe; denn abgesehen davon, das die Lunge immerwährend in Communication mit der äussern Luft steht, und dass stets ein reger Stoffaustausch zwischen den Bestandtheilen der Atmosphäre und der Blutmasse in derselben vor sich geht, finden sich auch in den Lungen die günstigsten Bedingungen zur Resorption von Medikamenten. — Die einfachste und vielleicht rationellste Inhalationskur besteht unzweifelhaft im Einathmen einer reinen frischen Luft. Da es bei Erkrankungen der Athmungsorgane besonders wün-

schenswerth ist, dass die Patienten eine warme und feuchte Luft einathmen, so suchte man auch unserer Respirationsluft diese beiden Eigenschaften, die ihr bei uns während der rauhen Winterszeit gewöhnlich mangeln, künstlich zu ertheilen. Es dient hierzu der von mancher Seite warm empfohlene Marshall-Hall'sche *Respirator*, welcher sich aber nach den Erfahrungen von Reclam sehr wohl durch ein zweckmässiges Cache-Nez ersetzt werden kann. Handelt es sich nur darum, die Receptions-Fähigkeit der Lungen zu vergrössern, so könnte auch active Gymnastik der Respirationsorgane Vortheile bringen.

Man versuchte auch die einzelnen Bestandtheile der Atmosphäre künstlich zu vermehren; hierher gehört vor Allen, die Ueberladung der Luft mit Sauerstoff *(Piorry)*, welche aber schon wegen der durch sie bedingten übergrossen Herzaufregung, keineswegs zu empfehlen ist. Ferner gehört hierher auch die Uebersättigung der Luft mit Wasserdämpfen, welche Behandlungsweise im Beginne des Bronchialkatarrhes, des Croup und der Pneumonie manchmal von Nutzen sein soll. Endlich sollten in diese Kategorie von Inhalationskuren auch die Einathmungen von mit Kohlensäure überladener Luft gehören, welche bereits an mehreren Badeorten eingeführt wurden. Die Einrichtung hierzu besteht darin, dass ein Strahl von Kohlensäure haltigem Wasser sich gegen den Deckel eines geschlossenen Bassins erhebt, hier anschlägt, verspritzt und bei dieser heftigen Bewegung einen Theil seines Gehaltes an Kohlensäuregas frei werden lässt, das sich in einem über dem Wasserspiegel befindlichen Hohlraum ansammelt, und dann mit Luft gemischt durch eine Kautschoukröhre eingesogen wird. Ein solcher Apparat befindet sich auch zu Ems und die Erfahrungen, die Vogler über diese Inhalationskur gemacht hat, lehren, dass das auf diese Weise eingesogene Kohlensäuregas wohl auf die Schleimhaut des Mundes, der Rachenhöhle und, da es hinabgeschluckt wird, auch des Magens einwirkt, aber in die Lungen gelangt es nicht, (eine Behauptung, die man übrigens auch a priori aufstellen konnte, wenn man bedenkt, welch' drohende Symptome die Vermehrung des Kohlensäuregehaltes der Atmosphäre auch nur um ein Prozent hervorruft), denn sowie dieses Gas in grösserer Quantität an die Glottis gelangt, erzeugt es allsogleich einen heftigen Hustenparoxismus verbunden mit Glottiskrampf, worauf dann jede weitere Inhalation desselben unmöglich wird. Die Einathmungen können daher auch nur dort von Nutzen sein, wo es sich blos um eine gelinde Reizung der torpiden Rachenschleimhaut handelt.

Es wurde auch versucht der atmosphärischen Luft fremde Dämpfe beizumischen; hierher gehören unter andern die als Auswurf befördernd empfohlenen Inhalationen von Terpentin- oder gar von Theeröl-Dämpfen; ferner die Inhalationen der narkotisirenden Dämpfe von Schwefeläther und Chloroform, endlich die Einathmung der durch die sogenannten medikamentösen Cigarretten mit Jod-Kampher-Quecksilberdämpfen etc. geschwängerten Luft. Diese letzteren sollen nach den Erfahrungen von Nevins bei chronischen

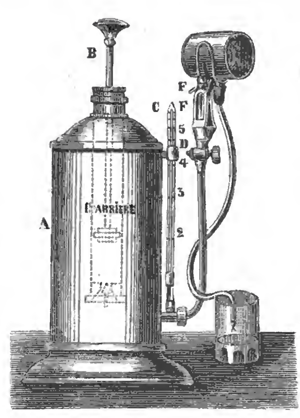
Leiden der Stimmbänder, der Eustachischen Röhre, der Nasengänge und Stirnsinus von Nutzen sein. Die Dämpfe können in diese schwer zugänglichen Räume von dem Patienten dadurch getrieben werden, dass er nachdem er die Dämpfe eingeathmet, stark ausathmet und dabei Mund und Nase schliesst.

Da aber nicht alle Medikamente sich in Dampfform umwandeln lassen, so dachte man daran, einen Apparat zu construiren, um feste Medikamente, nachdem sie hinlänglich pulverisirt worden sind, einathmen zu lassen. Dr. Pserhofer in Pápa wies, gelegentlich der 32. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien einen Apparat vor, zur Einathmung von fixen Medikamenten. Die Debatte, welche sich über die Verwendbarkeit dieses Apparates entspann, fiel nicht zu Gunsten desselben aus, weil es sich gezeigt hat, dass das mittelst desselben eingeathmete Medikament allerdings in den Rachen, aber nicht in den Kehlkopf gelange, denn so wie auch nur eine geringe Menge des Pulvers in den Kehlkopf tritt, erregt es, wie jeder in die Luftwege gebrachte fremde Körper, sogleich heftigen Hustenreiz und Glottiskrampf.

In neuester Zeit hat nun Sales-Girons einen Apparat construirt, der es möglich machen soll, fixe Medikamente, aber in Wasserstaub suspendirt, mit der Respirationsluft einathmen zu lassen. Nach seiner Ueberzeugung ist der Schwefel, staubförmig inhalirt, das beste Mittel, um den schädlichen Einfluss der Luft auf die erkrankten Respirationsorgane zu paralysiren und er gab daher den sogenannten Respirationssälen eine solche Einrichtung, dass der Kranke in denselben mit jedem Athemzuge eine gewisse Menge in möglichst kleinen Wassertröpfchen suspendirten Schwefelstaub einathmen kann. Der Umstand, dass auch von anderen Aerzten die Erfahrung gemacht wurde, dass chronische Bronchitis und Katarrhe der Luftwege sich bessern, wenn man die Patienten mit Schwefeldämpfen geschwängerte Luft einathmen lässt, begünstigt die von Sales-Girons vorgeschlagene Therapie. Er ist ferner der Ansicht, dass da durch den eingeathmeten Wasserstaub ein Theil von respirirbarer Luft ersetzt wird, gewiss auch der eingeathmete Sauerstoff eine geringe Verminderung erfährt, und es sei diese gerade hinreichend, damit derselbe nicht zu reizend auf die erkrankte Lungenschleimhaut einwirke.

Sales-Girons hat auch einen kleinen portativen Apparat angegeben, um die Einathmung staubförmiger Flüssigkeiten zu therapeutischen Zwecken einzuleiten. Derselbe von Sales-Girons *Instrument pulverisateur* genannt, besteht dem Principe nach, in einem Gefässe, aus welchem die comprimirte Flüssigkeit durch eine Haarröhre ausgetrieben wird und, indem sie in einiger Entfernung von ihrer Austrittsstelle auf ein Hindersniss trifft, sich bricht und in Staub verwandelt.

Die einzelnen Theile des Apparates sind folgende:



A ein Gefäss, welches etwa ein Liter Flüssigkeit enthält, aber nicht ganz angefüllt ist; B eine im Inneren befindlichen Luftpumpe, deren Griff oben über das Gefäss hinausragt; C ein Manometer, welches den auf die Flüssigkeit ausgeübten Druck anzeigt; D ein Rohr, welches von der Basis des Apparates bis zum Punkte F aufsteigt, wo die Flüssigkeit durch eine Haarröhre austritt und sodann auf eine kleine Scheibe trifft, auf welcher sie sich in Staub verwandelt und in dieser Gestalt gegen die Nase und den Mund des Respirirenden getrieben wird. Indem man den Stempel der Luftpumpe in Bewegung setzt, gibt man der Flüssigkeit einen Druck, der auf dem Manometer gleich 3 Atm. angegeben ist, öffnet den Hahn D und lässt die Flüssigkeit austreten; sobald der Druck sich durch das Austreten der Flüssigkeit erheblich vermindert, wird durch einige Stempelzüge der frühere Druck wieder hergestellt

Es werden bereits aus Frankreich günstige Urtheile über die Sales-Girons'sche Behandlungsweise der Krankheiten der Respirationsorgane vernommen und auch deutsche Aerzte beginnen sich anerkennend über dieselbe auszusprechen. So erzählt Dr. Schnitzer in Berlin (Allg. mediz. Central-Zeitung 14. November 1860) „Es können somit (durch den Sales-Giron'schen Apparat) Mineralwässer, gelöste Salze etc., je nachdem Erfordernisse eingeathmet werden. Indessen müssen wir bemerken, dass man hier nicht mit Quantitäten von Heilmitteln operiren darf, wie dieses bei dem Magen der Fall, dem man wohl auch etwas mehr bieten kann, als unsere Dosenlehre lehrt; man muss hier viel vorsichtiger zu Werke gehen. Ebenso ist die Individualität des Kranken, das Stadium der Krankheit wohl zu berücksichtigen; indessen wird es dem sorgfältig beobachtenden Arzt bald gelingen, hier die Norm zu finden, um auch eine zweckmässige Wahl der Heilmittel zu treffen. (Verfasser liess ausser Mineralwässer, Digitalis, Lobelia, Jod, Tannin etc. angeblich mit vortrefflichem Erfolge einathmen) sei es, um die *tuberkulöse Diathese*, oder die *Tuberkulose* selbst, oder chronische Lungenkatarrhe, zu bekämpfen, welches vorzugsweise die Krankheiten sind, die mir zur Behandlung kommen.

Als zweckmässig dürfte sich der Pulverisateur noch bei der Angina membranacea zeigen, wo die unglücklichen Patienten, meist kleine Kinder, nicht so leicht dazu zu bringen sind, die nöthigen Medicamente in Form der Gargarismen, Einpinselungen oder Medizinen einzunehmen, und man ihnen so die Heilmittel mittelst desselben staubförmig verabreichen konnte. Es hat jedesfalls die neue Behandlungsweise von Sales-Girons Manches für sich und die weitere Prüfung derselben durch vorurtheilsfreie Aerzte wird hoffentlich bald deutlich zeigen, was die praktische Medizin von derselben zu erwarten hat.

Fall von geheilter Tuberkulose; von Carus. (Mediz. Central-Zeitung, Dezember 1860.)

Der folgende Fall verdient die volle Beachtung des praktischen Arztes, indem er ihm mehr als jeder andere die *Macht eines rationellen Heilverfahrens* in ihrem schönsten Lichte zu zeigen im Stande ist; denn wenngleich in neuerer Zeit Fälle von geheilter Tuberkulose ziemlich häufig erzählt werden, glauben wir dennoch, dass jene, wo wirkliche und dauernde Heilung einer durch sichere Diagnose konstatirten Tuberkulose beobachtet worden, zu den Seltenheiten gehört. Wesshalb wir diesen auch etwas ausführlicher beschreiben:

In einer hohen fürstlichen Familie (von T.....) gebar die Gemahlin des regierenden Fürsten nach und nach drei Töchter, wurde indess, bei einer ursprünglich etwas scrophulösen Anlage, durch ungewohnte klimatische und manche andere, C. nicht bekannte Einflüsse gleichzeitig brustkrank und starb ein paar Jahre nach der Geburt des dritten Töchterchens an vollkommener eiteriger Lungenschwindsucht. Aus dieser Ehe waren im Ganzen drei Töchter geboren worden, von welchen die jüngste, und zwar jedesfalls deshalb weil um diese Zeit die Lungenkrankheit der Mutter bereits sehr weit vorgerückt war, eine dergestaltige tuberkulöse Anlage mit zur Welt brachte, dass sie schon im fünften Lebensjahre dieser schnell sich entwickelnden Krankheit unterlag. Die zweite Tochter jener verstorbenen Fürstin (welche zwei Jahre früher als die vorige geboren wurde) ist der Gegenstand dieser Krankengeschichte, und wenngleich bei ihr die verdächtigen Zufälle (jedenfalls weil damals die Mutter noch weniger tief erkrankt war) zwar nicht so zeitig anfingen, wie bei der jüngsten, so wurden sie doch auch schon vom fünften Jahre an durch eine grosse Gereiztheit der Brustorgane, welche einen täglichen hartnäckigen Husten veranlasste, bemerklich; so dass denn hierin sowohl, als durch unverkennbare Flachheit der Brust und Zartheit des allgemeinen Baues, die erbliche Anlage ebenfalls ausser allem Zweifel. Die älteste Tochter (drei Jahre früher als die vorhergehende geboren) hatte jedenfalls am wenigsten von der Anlage zu der der Mutter tödtlich werdenden Krankheit mitbekommen, war jedoch, als C. sie in ihrem vierzehnten Jahre kennen lernte, auch von gracilem Bau und gelblicher Farbe, aber im Ganzen mehr mit Symptomen nicht recht gesunder Unterleibsorgane, als mit direkten Brustzufällen behaftet. Nichts desto weniger wurde sie später, d. h. in ihrem neunzehnten Jahre, ebenfalls das Opfer der Phthisis. (C. glaubt deshalb, weil während der Entwicklungsperiode es ganz und gar vernachlässigt worden war, auf den Zustand des Pfortadersystems zu wirken, so dass nach und nach, gerade wie bei ihrer Mutter, nur von hier aus die versteckte Anlage zu Lungenkrankheit zum Ausbruch gebracht und die volle Zerstörung des Organismus angebahnt wurde.)

Nimmt man jetzt alle die hier aufgeführten Momente zusammen, so kann keinesfalls verkannt werden, dass bei der obgedachten zweiten Tochter jener verstorbenen Fürstin, schon den Momenten der Abstammung nach, nothwendig eine ausgesprochene Anlage zur Phthisis vorhanden gewesen sein müsse, und dass es also, wenn es hier gelingen konnte, den Ausbruch der Krankheit nichts destoweniger abzuhalten, man allerdings Grund habe, der Heilkunst die Macht zu vindiciren, selbst da, wo an und für sich das Leben für die Zukunft unrettbar scheint, noch den Triumph der Erhaltung zu feiern; — natürlich dies Alles jedoch nur dann, wenn es möglich war, schon in sehr jungen Jahren solche Kranke einem energisch eingreifenden Verfahren, und zwar eine Reihe von Jahren hindurch, zu unterwerfen.

In diesem Falle war nun jene junge Dame C. bald nach Ablauf ihres zehnten Jahres durch ihre Tante zugeführt worden, verblieb über dreiviertel Jahre unter seiner Behandlung, ausserdem aber wurde sodann noch gegen sechs Jahre hindurch derselbe Heilplan, in Folge der Konsequenz und Festigkeit ihrer Umgebung, ganz in der Weise, wie ihn C. früher angegeben hatte, hindurchgeführt.

Als C. das erste Mal ihr Befinden einer genauern Untersuchung unterwarf, fand er einen mehr klein zu nennenden, zarten, magern, übrigens wohl proportionirten Körperbau mit etwas flügelförmig vorstehenden Schulterblättern und abgeflachter Brust, hier und da einige Drüsenschwellungen, Zunge und Zahnfleisch natürlich roth, Durchfühlung der Unterleibsgegend nichts Abnormes darbietend, dagegen die obere Hälfte der linken Lunge bedeutende Infiltrationen verrathend und bis gegen die Mitte der Brust herab, unter der Perkussion tonlos, bei der Auskultation ohne Respirationsgeräusch, und auch die rechte Lunge nicht überall ganz frei. Der Herzschlag dem jugendlichen Alter angemessen, doch etwas mehr beschleunigt, die Respiration aber unvollkommen, kurz, von häufigem Husten unterbrochen, beim Treppensteigen beschwerlich. Auswurf wenig oder keiner: längeres Husten förderte nur etwas farblosen, gekörnten Schleim zu Tage. Dabei war der Stand der Verdauungsfunktionen im Allgemeinen gut zu nennen, und ebenso der der Nierenfunktion. (Irgend welche Molimina zur Menstruation waren in keiner Art vorhanden.)

Trotz der höchst ungünstigen Prognose, hoffte C., dass durch stete Ableitung von den krankhaft ergriffenen Gebilden, durch möglichste Beförderung der Aufsaugung krankhaft dort deponirter Stoffe, und durch entschiedenste Begünstigung einer regelmässig vorschreitenden Entwicklung des im Ganzen noch so jugendlichen Organismus, bei übrigens vollkommenem Fernhalten aller aufreizenden, entzündliche Zustände irgendwie fördernden äusseren Momente, das Anbahnen der Rückkehr des erkrankten Lebens zu einem gesundern Zustande gelingen könne. — Diesen gefassten Heilanzeigen suchte er nun auf folgende Weise zu entsprechen: Nachdem eine einfache, leicht verdauliche, aber kräftigende Diät vorgeschrieben, Schlaf und Wachen, Ruhe und Bewegung, sowie möglichst gleichmässige Temperatur empfohlen worden war, wurde zunächst, da eben das volle Frühjahr eingetreten war, eine künstliche Emser Kur eingeleitet. Die Kranke nahm zuvörderst acht Tage lang kleine Dosen Natrum mit etwas Rheum, erhielt einige laue Seifenbäder und sodann täglich am Thorax eine leichte Einreibung eines schwachen *Unguentum stibiatum*, auf immer wechselnden, jedoch hauptsächlich die linke Seite in's Auge fassenden Stellen, wodurch beabsichtigt und erzielt wurde, dass im Umfange der Brust und zumal links kleine schmerzlose Pusteln sich entwickelten, deren lange fortgeführte Einwirkung sich C. so vielfach bei inneren Reizzuständen der Respirationsorgane und des Herzens als wohlthätig bewährt hatte. — (C. bemerkt dabei, dass, um diese wohlthuende Einwirkung vollständig zu erhalten, stets eine genaue Ueberwachung der Einreibungen unentbehrlich ist. Wird der Reiz zu stark, so ist die gute Absicht sogleich gestört; es ist daher auch öfters nöthig, zeitweise mehrere Tage mit dem Einreiben aussetzen zu lassen etc.) Unter Fortführung dieses äussern Verfahrens wurde nun zum versendeten Emser Krähnchen übergegangen, wovon jeder Becher durch etwas zugesetzte heisse Ziegenmolke zu einer lauen Temperatur gebracht und so in der gewöhnlichen Weise getrunken wurde. Nachdem auch diese Kur im Gange war, fing die Kranke an, künstliche Emser Bäder Struve'scher Bereitung zu brauchen, und zwar immer nur drei wöchentlich und sichtlich war es, dass unter diesem Verfahren allmälig der Hustenreiz sich etwas minderte und das Aussehen im Allgemeinen belebter und frischer wurde.

Jetzt wurden gleichzeitig auch regelmässige gymnastische Uebungen eingeleitet. Ein guter Turnlehrer erhielt die Aufgabe, diejenigen Bewegungen, welche insbesondere geeignet sind, Kräftigung und Erweiterung des Brustkorbes nach und nach herbeizuführen und zugleich die Muskulatur im Allgemeinen zu stärken, erst zwei bis dreimal, später sechsmal wöchentlich der Kranken einzuüben, ein Verfahren, welches sichtlich ebenfalls von guten Folgen begleitet war.

Der grösste Theil des Sommers wurde einer in dieser Weise combinirten Kur gewidmet, nur dass während der heissen Monate Einreiben der Brechweinsteinsalbe und Trinken des Emserbrunnens oft mehrere Wochen ausgesetzt blieb und dann durch alleinigen Fortgebrauch der Molke, einzelne Bäder und Genuss von kühlenden Früchten, namentlich Wald- und Garten-

Erdbeeren, ersetzt wurde, übrigens aber nahm man bis gegen den Herbst öfters auch die gesammte Kur wieder auf, jedoch stets, ohne es irgend zu Uebermüdung oder Uebersättigung kommen zu lassen. — Eine gegen Ende des September vorgenommene genaue Untersuchung zeigte, dass fünf Monate jenes Heilverfahrens schon einen entschieden günstigen Eindruck zurückgelassen hatten. Zwar waren die örtlichen Verhältnisse der Respirationsorgane noch wenig verändert, die im Ganzen immer noch unvollkommene Athmung war aber doch etwas freier geworden und nicht jeder tiefere Athemzug bestrafte sich mehr durch den der Kranken nun bereits fast seit sechs Jahren bekannten Reizhusten; dabei war das Muskelfleisch fester und die Haltung besser geworden.

Den Winter verlebte die Kranke in Florenz, für welche Zeit C. folgenden Kurplan entwarf: Nächst reichlichem Traubengenuss im Spätherbste war hier der Leberthran offenbar das Mittel, von welchem man bei einer lang fortgesetzten und mehrjährig wiederholten Anwendung am entschiedensten bedeutende Resultate hoffen konnte, und diese Kur, verbunden mit öfters (d. h. sechs- bis achtmal im Monat) genommenen lauen Bädern, nebst zeitweisen leichten Brechweinsteineinreibungen, angemessener Gymnastik und Diät (ausserdem noch für nächstes und übernächstes Jahr die volle Wiederholung der Kur dieses Jahres dringend empfehlend.)

Dieser Empfehlung wurde auch vollständig Rechnung getragen, und C. erhielt von Zeit zu Zeit Nachrichten, welche ihm ein fortwährendes Vorschreiten der jungen Dame in besserem Befinden (freieres Athmen und Aufhören des Hustens namentlich) in erwünschter Weise anzeigten. Gegen das fünfzehnte Jahr erschienen die Menses, und auch dieser Entwicklungsprozess ging ohne nachtheiligen Einfluss für die bedenkliche Anlage vorüber. Ungefähr noch zwei Jahre später (in ihrem siebzehnten Jahre) sah C. die Patientin selbst wieder, da er um diese Zeit für die ältere Schwester, welche bereits (wie oben schon bemerkt wurde) mehr und mehr der Phthisis verfiel, zur Consultation nach Florenz gerufen, und obwohl gerade diese Verhältnisse auf das Gemüth der jüngeren sehr bedrückend einwirkten, so zeigte sich doch bei ihr eine ausserordentlich vorgerückte und entschieden sich kräftigende Gesundheit. Sie war im Ganzen in diesen sechsthalb Jahren sehr gewachsen, doch nicht übermässig, wie ihre ältere Schwester; ihre Brust war zwar immer noch etwas flach, indess nicht mehr so eingedrückt wie früher; Perkussion und Auskultation zeigten, dass die Lungen kräftig an der allgemeinen Entwicklung theilgenommen und viel von ihren Infiltrationen verloren hatten, das Athmen dehnte den Thorax gleichförmiger aus und Husten kam nur ausnahmsweise und nie heftig vor.

Drei Jahre später vermählte sie sich, gebar nach und nach vier Kinder, und obwohl sie in diesem und den folgenden Jahren einigemal Brustentzündungen erlitt und im Ganzen zarter Konstitution blieb, so war so viel gewiss, so schliesst C. die interessante Krankengeschichte, dass in ihr die Anlage zur Phthisis, welcher sie ausserdem sicher, wie ihre beiden Schwestern, gleichfalls zum Opfer gefallen wäre, durch die oben geschilderte mehrjährige Kur, so weit irgend dergleichen möglich sein kann, vollständig beseitigt worden.

Untersuchung über Typhlitis und Perityphlitis und deren Folgezustände; von Dr. Münchmayer. (Deutsche Klinik Nr. 5, 6, 9, 10, 1860).

Die Ansammlung von Faecalmassen im Coecum wird durch zwei Umstände begünstigt: a) durch die träge peristaltische Bewegung, die in diesen Darmabschnitten häufig vorhanden ist; b) durch die trockene konsistente Beschaffenheit, die die Faeces in Folge der lebhaften Resorption im Dünndarm erhalten. Die Einwirkung dieser Stagnation besteht: 1. in der oft enormen Erweiterung des

Coecums, die nicht selten mit einer Drehung verbunden, und dadurch um so leichter zum Ileus führt, und 2. in den entzündlichen Vorgängen, die den Reiz der stauenden Massen hervorruft.

Die Symptome der Dilatation sind die einer andauernden trägen Verdauung: träger trockener Stuhlgang, Flatulenz, Mattigkeit, wechselnder Appetit etc. — Sitzende Lebensweise bei dem Genusse schwer verdaulicher Nahrungsmittel, versäumte Stuhlentleerungen, vor allem aber einschnürende Kleidung sind als besonders begünstigende Umstände zu nennen. Stricturen, Tumoren, Schwangerschaft, können denselben Zustand hervorrufen. Als charakteristisch für die Diagnose dieser Ausdehnung ist eine oft bewegliche Geschwulst in der regio iliaca dextra, welche dem Coecum entspricht.

Oft gelingt es durch Treten und Pressen eine Verschiebung des Darminhaltes zu bewirken, und man unterscheidet dann genau mehrere Knollen. Schmerz ist in der Regel nicht vorhanden. Der Puls nicht fieberhaft, ein Gefühl von Völle, Unbehaglichkeit, fader Geschmack, Zungenbeleg. Zur Unterscheidung von Carcinoma coeci halte man fest, dass in letzterem Falle die unregelmässige Geschwulst nicht genau dem Blinddarm entspricht, dass sie mit lancirirenden Schmerzen verbunden ist und dass sie nach erfolgtem Stuhlgang fast gar keine Veränderung erleidet. Cachexie, Ascites, Anasarca, werden nicht ermangeln sich einzustellen.

Der entzündliche, als Typhlitis bezeichnete Zustand gesellt sich in der Regel zu einer schon durch längere Zeit bestehenden dilatatio stercoralis. Hier treten anhaltende heftige Schmerzen auf, die selbst durch die mässigste Berührung gesteigert werden. In der Gegend des Blinddarms entwickelt sich eine mit der Zunahme der Entzündung sich vergrössernde Geschwulst, heftiges Fieber, Kolik, Verstopfung, Vomituritionen. Ausgänge dieser Entzündung sind: allgemeine Enteritis und Peritonitis, Tod in Folge von Gangrän; Geschwürsbildung oder seltener Perforation oder endlich Genesung. Die Geschwüre geben sich besonders nach entfernten Faecalmassen durch die reichlichen blutig-schleimigen, citerähnlichen Entleerungen, Persistenz der Schmerzen kund. Die Erscheinungen von Seiten des Magens und Darms halten an. Der günstige Ausgang stellt sich unter Schwinden der lokalen und allgemeinen Erscheinungen ein, jedoch bleiben noch durch lange Zeit Schmerzhaftigkeit der Coecalgegend gegen Druck und Schmerz nach jeder Nahrung zurück, und die Rekonvalescenz geht nur mühevoll und bei strengem Verhalten des Kranken vor sich. So lange Reizungszustände vorhanden sind, hat man stets Grund Perforationen zu fürchten, die meist durch allgemeine Peritonitis zum Tod führen, wenn durch sie der Darminhalt in die Bauchhöhle entleert wird. Nicht so ungünstig ist der Ausgang, wenn vor der Perforation Verklebung mit der Bauchwand oder einem andern Darmstück stattgefunden hat.

Wichtig ist die Unterscheidung dieser Perforationen von denen des Proc. vermicularis, die durch eingetrocknete Kothkonkremente oder fremde Körper, welche in denselben gelangten, erzeugt werden, aber auch ohne dieselben entstehen können. Die Symptome der

Perforation des proc. vermif. sind dieselben wie bei Perforation des Coecum. Auch die Ausgänge sind die gleichen und hängen davon ab, ob Darmcontenta in die Bauchhöhle entleert wurden, oder früher eingeleitete Adhaesionen einen günstigeren Verlauf ermöglichten. Daher die Schwierigkeit, eine Entzündung des Blinddarms von der des Wurmfortsatzes zu trennen.

Die Perityphlitis, die bald ein primärer, bald ein von den so eben besprochenen Affektionen fortgepflanzter Prozess ist, oder im Verlauf eines Allgemeinleidens sich einstellt, tritt als Entzündung des den Blinddarm umgebenden Bindegewebes auf. Die acuten primären Formen unterscheiden sich von der Typhlitis durch die grosse Verbreitung des entzündlichen Schmerzes, welcher die ganze rechte Bauchhälfte einnimmt. Wichtiger als dieser Schmerz ist der, welcher in der rechten untern Extremität auftritt, und der in den vorher genannten Prozessen meistens fehlt. Er ist erklärlich, wenn man bedenkt, dass die Perityphlitis in unmittelbarer Nähe der fascia iliaca und des in ihr eingeschlossenen nerv. crur. verläuft. — Die Ausgänge der Perityphlitis sind selten Heilung, viel häufiger Uebergang in Eiterung. Man erkennt letztere daran, dass sich ein mehrstündiger Frost einstellt, der Puls klein und schnell wird, Nachmittags Exacerbationen, des Nachts profuse Schweisse auftreten. Der weitere Verlauf hängt nun von der zerstörenden Tendenz des Eiters ab. Ein günstiger Verlauf ist der zu nennen, wenn der Eiter eingekapselt wird. Freilich ist dieser Zustand nicht von Dauer, und es ist mehr ein Verschieben als ein Verhüten der ungünstigen Wendung des Krankheitsprozesses. Der Abscess durchbricht entweder in's cavum peritonei, in den Darm, in die Brusthöhle, in das Urogenitalsystem, in den Oberschenkel, oder der Eiter bahnt sich einen Weg nach Aussen. Man erkennt die Eröffnung des Abscesses an dem plötzlichen Sinken der Geschwulst. — Ist die Constitution des Patienten eine kräftige, hat die Zerstörung noch keinen bedeutenden Umfang erreicht, und genügt die Oeffnung zur Entleerung des angesammelten Eiters, so hat man Aussicht auf Genesung, die unter entgegengesetzten Verhältnissen gänzlich schwindet.

Die Behandlung wird, so lange kein empfindlicher Zustand vorhanden und der Durchgang der Faeces nicht durch Verdrehung und Lageveränderung des Darmes gehindert ist, die Entleerung des Coecums auf energische Weise anzustreben haben. Bei empfindlichen Zuständen muss man die Verstopfung nur mit Hülfe sehr gelinder Mittel zu heben trachten (Ricinusöl, Calomel), und bei Lageveränderungen und Axendrehungen ist die Laporotomie das einzige Rettungsmittel. Blutentziehungen sind unter Berücksichtigung der Constitution nur im acuten Stadium gestattet. Man unterstützt sie zweckmässig durch warme Cataplasmen, lauwarme Bäder, Einreibungen von Quecksilber, grosse Ruhe, strenge Diät. Bei Geschwürsbildung sind oft äussere Hautreize von günstigem Erfolg. Nach erfolgter Perforation trachtet man die peristaltische Bewegung des Darmes herabzusetzen und den Schmerz durch ener-

gische Dosen von Opium zu lindern. Es wird dadurch der Austritt von Darmcontentis am besten verhütet und die Anlöthung und Verschliessung der Perforation am besten begünstigt. — Die warmen Cataplasmen setzen die schmerzhafte Spannung herab, befördern die Resorption des Eiters oder seinen Durchbruch nach Aussen. Zu letzterem Behufe ist unter geeigneten Umständen die Eröffnung des Eiterherdes am wärmsten zu empfehlen, da durch dieselbe oft lebensgefährliche Folgezustände vermieden werden. Hat der Eiter sich selbst einen Weg nach Innen gebahnt, ist dieser aber für seine vollständige Entleerung ungenügend, so bringt man aussen eine Gegenöffnung an. Durch dieselbe vermag man Einspritzungen zur Reinigung der Eiterhöhle vorzunehmen, die im Verein mit einem tonisirenden Verfahren den Kranken manchmal selbst aus diesen desperaten Zuständen noch zu retten im Stande sind.

Ueber Uraemie und Amoniaemie; von den Pofessoren Treitz und Jaksch in Prag, Richardson in London und Bamberger in Würzburg.

Treitz setzt in einer sehr gediegenen Abhandlung (über urämische Darmaffektionen, Prager Vierteljahresschrift, Bd. 4, 1859.) vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus die Erkrankungen des Darmkanals, welche bei Morb. Brightii vorkommen, auseinander. Es ist diess bisweilen eine Symptomengruppe der chronischen Blenorrhoe, viel häufiger dagegen sogenannte Hydrorrhoe, d. h. Anfüllung des Darms mit gelbem oder grünem, schleimig-wässerigem Fluidum, Erschlaffung der Häute, Auflockerung und Maceration der Schleimhaut, Fehlen der Faeces. Die Darmflüssigkeiten riechen nach Ammoniak, welcher bisweilen schon während des Lebens auf die Häute zerstörend einwirkt, denn Tr. fand nicht selten, besonders im Dickdarm Schorfe in der Schleimhaut, welche in manchen Fällen zu Durchbohrungen oder zu Gangrän (gangränöse Dysenterie) führen können, welcher Vorgang noch durch den ammoniakalischen Inhalt und die Faeces begünstigt wird.

Der Kontrakt des ammoniakalischen Darminhalts mit der Darmschleimhaut bringt somit alle Grade und Formen von Veränderungen hervor, bis zu der von Treitz sogenannten Macerations-Dysenterie, welche durch rundliche, ausgebreitete Geschwüre mit scharfen, gallertig erweichten, durchsichtigen Rändern ausgezeichnet ist.

Verf. erklärt die uraemischen Darmaffektionen für vollkommen analog den Erkrankungen der Harnblasen-Schleimhaut bei Urinverhaltung, und leitet beide aus derselben Ursache, dem Kontakt mit kohlensaurem Ammoniak her, welches sich durch Zersetzung des Harnstoffes im Darm einerseits, in der Blase andererseits bildet.

Wichtig sind die physiologischen Betrachtungen, welche Verf. an diese Thatsachen knüpft. Frerichs hat, wie bekannt, die Theorie aufgestellt, dass die uraemischen Zufälle nicht durch den im Blute angesammelten Harnstoff, sondern durch dessen Umwandlung in

CO_2 NH_3 schon *im Blute selbst* bei Anwesenheit eines noch unbekannten Ferments herbeigeführt werden. Dem gegenüber nun wird von Vielen und auch vom Verf. behauptet, der Harnstoff werde nicht schon im Blute zersetzt, sondern erst da, wo er mit in Zersetzung begriffenen Flüssigkeiten in Kontakt kommt, um so mehr, wenn er zugleich der Atmosphäre ausgesetzt ist. Um nachzuweisen, dass im Darm nur Harnstoff abgeschieden wird, machte Verf. Experimente an Hunden, und fand, dass bei Uebersättigung des Blutes mit Harnstoff der in den Darm eingebrachte schnell zersetzt wird, während er bei gesunden Thieren resorbirt wird und sich keine Reaktion auf Ammoniak nachweisen lässt. Solche Uebersättigung ist nun eben bei Morb. Br. vorhanden.

Ein Theil des kohlensauren Ammoniaks wird nun aus dem Darm geführt, ein Theil dringt durch die Darmwände und impregnirt die Bauchflüssigkeiten, ein anderer Theil endlich tritt vom Darm aus wieder ins Blut über und bedingt die Symptome der Uraemie.

Der Kausalnexus zwischen dem (von Richardson im Blute nachgewiesenen) Ammoniak und der Uraemie ist, wenn auch die Möglichkeit der Zersetzung des Harnstoffes im Blute nicht geleugnet werden kann, bisher durch Nichts bewiesen.

Für jenen Zustand, der sich durch Ueberladung des Blutes mit Exkrementstoffen des Harns (besonders Harnstoff) kennzeichnet, will nun Verf. den Namen „Uraemie", für den andern, der als Ammoniak-Vergiftung des Blutes aufzufassen ist, den Namen Amoniaemie" gebraucht wissen.

Dass diese beiden Zustände ausser bei M. Br. auch bei Undurchgängigkeit der Harnwege überhaupt eintreten, und dass ausserdem auch die geschilderten *Darmaffektionen* bei letzteren Krankheiten vorkommen, ist schon oben angedeutet worden.

Was die Therapie betrifft, müsste man nach dem Verf. die Zersetzung des Harnstoffes im Darmkanal durch chemische Mittel zu verhindern und die gebildeten Ammoniaksalze zu fixiren, oder wenigstens die schädlichen Stoffe um jeden Preis aus dem Darm zu schaffen und zugleich die Lungen- und Hautthätigkeit anzuregen suchen. Zum Schluss spricht der Verf. die Vermuthung aus, dass auch andere Formen von Dysenterie mit Nierenleiden im Zusammenhange stehen mögen, und weist auf die von Hamernik zuerst aufgestellte Analogie des Choleratyphoids mit der Uraemie hin, die er vollkommen anerkennt.

Mit dem von Treitz vorgeschlagenen Ausdrucke Amoniaemie, so wie der Trennung dieses Begriffes von der Uraemie erklärt sich Prof. Jaksch (Prager Vierteljahrschrift 2. Band 1860) vollkommen einverstanden, und unternimmt es vom klinischen Standpunkte aus, diese beiden Krankheitsbegriffe wirklich zu differenziren. Er gibt zuerst ein Bild der Symptome und des Verlaufs des M. Br. von dem Gesichtspunkte der Nieren-Insufficienz ausgehend, und fügt als Schlusssatz dieser Schilderung hinzu:

1. Dass bei einfacher Albuminurie die Harnkanälchen durchgängig bleiben und keine uraemischen Erscheinungen vorkommen;

2. dass letztere auch bei geringer Ausdehnung des M. Br. oder bei wieder eintretender Durchgängigkeit der Harnkanälchen an einer Stelle, während andere ergriffen werden, nicht zu Stande kommen; 3. dass bei M. Br. geringern Grades gewöhnlich nur Katarrhe der Darmschleimhaut vorkommen; 4: dass sehr rasche und hochgradige Nieren-Insufficienz häufig unter Hirnsymptomen tödtet, ohne andere uraemische Erscheinungen als Erbrechen; 5. dass bei M. Br. auch Amoniaemie vorkommen kann, dass sich aber die bei Insufficienz der Harnwege von diesen aus unmittelbar entstehenden Erscheinungen von der bei M. Br. auftretenden in einigen Punkten unterscheiden.

Diese sind: 1. der aus der Blase entleerte Harn bei Amoniaemie aus der ersten Ursache verbreitet einen stechenden ammoniakalischen Geruch, der bei noch so weit gediehener Br. Uraemie vom Verf. noch nie beobachtet wurde.

2. Neben der Amoniaemie beobachtete er nie Hydrops.

3. Bei hochgradiger A. ist eine anhaltende Trockenheit der Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle, bisweilen auch der Nase, der Conjunctiva ocul., selbst der Stimmbänder fast constant; bei Br. Uraemie niemals.

4. 5. 6. Dasselbe gilt für den stark ammoniakalischen Geruch der ausgeathmeten Luft, für den anhaltenden Ekel vor Fleischspeisen, und für intermittirende Frostanfälle.

7. 8. Im Gegensatze hiezu kommen bei Amoniaemie niemals oder nur selten Convulsionen, und eben so wenig croupose oder diphteritische Exsudationen auf der Mund- und Rachenschleimhaut, den Luftwegen, serösen Membranen und der äussern Haut vor. Dasselbe gilt für Störungen des Gesichtssinnes durch Exsudate auf der Retina.

9. 10. Beziehen sich auf die Unterschiede zwischen akuter und chronischer Amoniaemie, bei welcher letztern Verfall der Gesichtszüge und Erbrechen nicht so bedeutend und constant sind. Doch fehlen bei keinem Fall von Amoniaemie gastrische Erscheinungen.

11. Der Tod bei Amoniaemie erfolgt jedesmal unter längerem Sopor.

Der Verf. theilt dreizehn Krankengeschichten mit, um das Angeführte zu begründen, und diese geben zu Schlusssätzen Anlass, welche im Wesentlichen dasselbe enthalten, was Pr. Treitz in seinem ersten Aufsatz mittheilt.

Zum Schluss tritt Verf. gegen die Aeusserung von Treitz auf, dass das Choleratyphoid als Uraemie aufzufassen sei. Er schliesst sich dagegen der Buhl'schen Ansicht an, dass durch den Choleraprozess das Blut verdickt, dadurch der Uebergang des Harnstoffs in die Gefässe verhindert und Anhäufung desselben im Gefässsystem mit ihren Folgezuständen bewirkt werde; also die Erkrankung nicht geradezu aus einer Nierenkrankheit, sondern aus der Erkrankung des Blutes und des Stoffwechsels überhaupt herzuleiten sei.

(Schluss im nächsten Hefte.)

III. Syphilis und Dermatologie.

Spermatorrhoe — bedingt durch chronische Blenorrhoe. — Heilung durch Kauterisation der Pars prostatica und kalte Bäder; von Formento (Gazette des Hop. Nr. 122, 1860).

M., 23 Jahre alt, litt im Jahre 1856 an einer Blenorrhoe, nach der ihm ein geringer Ausfluss zurückgeblieben war. Kurz nach ihrer Heilung ergab er sich einem ausschweifenden Leben, in Folge dessen er bald die verschiedensten Störungen der Verdauung, wie Schmerz nach dem Genusse von Speisen, Sodbrennen, Blähungen etc. und auffallende Gesichtsschwäche wahrnahm. Flimmern, drückende Gefühle im Auge, Kopfschmerzen, belästigten ihn ohne Unterlass. Das vorzugsweise leidende Auge war das linke. Ein Augenarzt, den er konsultirte, empfahl ihm kalte Waschungen des Auges. Gleichzeitig liess er eine Striktur, die sich in der Urethea ausgebildet hatte, durch successives Einführen von Bongieen behandeln, und zog auch wegen seiner Dyspepsie ärztliche Rathschläge ein. So verlebte er in einem, bald zur Besserung, bald zur Verschlimmerung hinneigenden Zustand einige Zeit, als er bemerkte, dass seine Beschwerden von Seiten der Urethea grösser wurden, dass sich zu ihnen häufige nächtliche Pollutionen gesellten, dass sich Samenergiessungen bei der geringsten Erregung ohne vollständige Erektion einstellten. Einreibungen von Belladonna am Perineum vermochten die nächtliche Pollutionen nicht zu stillen, so wie auch die von Prof. Trousseau ihm angerathene Tinct. nuc. vom. seine dyspeptischen Beschwerden, die sich indess bedeutend gesteigert hatten, nicht zu heben vermochten. Magenkrämpfe, beständige Kopfschmerzen, Schwindel brachten den Patienten immer mehr und mehr herab, seine Gemüthsstimmung wurde düster, und auch seine geistigen Funktionen begannen zu leiden. Er fasste den Gedanken des Selbstmordes. — Um diese Zeit kam er in die Behandlung von F., der all' sein Leiden von der Spermatorrhoe herleitete. Von diesem Gedanken ausgehend, untersuchte er die Urethea, die er in der Prostatagegend sehr empfindlich gegen die Sonde fand; Verengerung war keine mehr vorhanden, wohl aber war die Sekretion der Schleimhaut vermehrt. Der Kranke hatte auch seit einiger Zeit Ausfluss von Flüssigkeit beim Stuhlgang bemerkt, die das Mikroskop als Sperma nachwies. Ueberzeugt, dass die Spermatorrhoe das Grundübel sei, mit dessen Heilung möglicherweise auch die übrigen Erscheinungen schwinden dürften, richtete F. seine Behandlung gegen dieselbe, indem er zur Kauterisationen der Pars prostatica mit genauer Beobachtung aller von Lallemand angegebenen Vorsichtsmassregeln schritt. Nach der Operation musste der Kranke absolute Ruhe beobachten. In der dritten Woche nahm er Sitzbäder und sechs Wochen später war die Besserung schon eine auffallende. Die Samenverluste wiederholten sich nur noch in der ersten Zeit nach der Operation, bei den Defäkationen floss jedoch kein Sperma mehr aus; am Ende des zweiten Monates waren auch alle Beschwerden von Seiten des Verdauungskanals geschwunden und die Gesichtsschmerzen, die am hartnäckigsten verweilten, verloren sich endlich auch. Sechs Monate nach der Kauterisation befand sich der Patient im Vollgenusse der normalsten Funktionen, und konnte den Beischlaf ungestört vollziehen.

Ueber den Einfluss merkurieller Behandlung syphilitischer Eltern auf deren Kinder*); von Dr. C. Müller in Hannover. (W. med. Wochenschrift Nr. 1. 1861.)

Verf. beschreibt 11 Fälle seiner Beobachtung, die einzeln durch Folgendes bemerkenswerth sind.

---

*) Siehe: Hebra: Ueber den Einfluss merkurieller Behandlung etc. (Revue, I. Band, S. 38, 1860).

Der eine, weil die durch Ehebruch gewonnene Ansteckung der Frau, nicht dem Ehemanne, wohl aber den Kindern mitgetheilt wurde. Umgekehrt wurde in 3 Fällen die Syphilis vom Ehemanne nicht auf die Frau, wohl aber gleichfalls auf eines oder mehrere Kinder übertragen. In einem ähnlichen Falle wurde die Mutter erst von dem Kinde örtlich von der Mamma infizirt; ein anderer führt die Infektion eines gesunden Kindes durch eine syphilitisch erkrankte Amme vor; dann sehen wir ein ohne nachweisbare Ursache, aber durch wahrscheinliche Infektion vom Vater erkranktes Kind. In 2 Fällen wurde unzweifelhaft vorhandene Syphilis weder auf die Frau noch auf die Kinder übertragen. In einem Falle sehen wir eine Frau von ihrem Manne infizirt, in welchem letztern die früher vorhandene und mit Quecksilber behandelte und während der Ehe jedenfalls noch ungeheilte Syphilis später spontan erloschen zu sein scheint. In diesem, wie in einem folgenden Falle, hat sich zu frühe Geburt bereits abgestorbener oder lebender Kinder 3- und 4mal wiederholt, bis in dem einen Falle beide Eltern, in dem andern der Vater allein einer wirksamen Quecksilber- und Jodbehandlung unterworfen wurden.

Der letzte Fall endlich lehrt, wie Syphilis der Frau dem Manne nicht, wohl aber dem eigenen und drei Stiefkindern übertragen wurde. Dass sogenannte tertiäre Syphilis manchmal weder ansteckend noch erblich ist, zeigen der 7. und 8. Fall, während Fall 10 gerade das Gegentheil nachweist.

Verf. gelangt auf Grundlage dieser und anderer von ihm beobachteten Fälle zu folgenden Schlüssen:

1. Syphilis hereditaria wird noch sehr oft verkannt und fordert desshalb zahlreiche Opfer unter der Kinderwelt, welche bei richtiger Erkenntniss und Behandlung meistens mit Sicherheit zu vermeiden wären. 2. Erfahrung und Beobachtung haben bislang noch durchaus keine sichern Anhaltspunkte gewinnen lassen, wann sekundäre und die sogenannte tertiäre Syphilis erblich ist und wann nicht, ob die Infektion des Ovuli und Foetus öfter von der Mutter oder vom Vater ausgeht, und wie es zu erklären ist, dass die vom Vater ererbte Syphilis des Neugeborenen ganz ähnlich, wie die von der Mutter gewonnene, meistens erst mehre Wochen nach der Geburt sich kundgibt. 3. Absterben des Foetus vor der Reife ist sehr häufig Folge von syphilitischer Infektion und ereignet sich eben so oft, scheinbar sogar öfter bei Uebertragung des Giftes durch den Vater, als durch die Mutter. Es werden sehr oft Neugeborene von unzweifelhaft syphilitischen Erscheinungen befallen, wo die Syphilis bei beiden Eltern erloschen scheint, aber nur latent ist. 5. Merkurielle Behandlung einer syphilitischen Frau während der Graviditas hat durchaus keinen schädlichen Einfluss auf die Entwicklung und Austragung des Foetus. 6. In allen mitgetheilten Fällen wurde durch die merkurielle Behandlung eine so vollständige und dauernde Heilung erzielt, dass die später erzeugten Kinder stets gesund geboren wurden und gesund blieben,

und dass also das Quecksilber als Heilmittel gegen Syphilis sich nicht allein als nicht schädlich, sondern als vorzüglich wirksam erwies.

Zur Lehre vom Pemphigus; von Prof. Bamberger. (Würzb. Med. Ztschrft., I. Bd. 1860.) u. Prof. Hebra (Spt. Ztg. Nr. 3, 4, 1860.)

Da diese Krankheit in ihrem ganzen Wesen zu den räthselhaftesten und seltensten gehört, theilen wir nachstehenden Fall etwas ausführlicher mit, der durch die Bemerkungen, die B. daran knüpft, um so interessanter und lehrreicher sein dürfte.

Der Kranke, ein 65jähriger Bauer von träger indolenter Geistesbeschaffenheit, hatte immer unter günstigen Umständen gelebt, und war angeblich bisher nie ernstlich krank gewesen. Im Juli 1859 wandte er sich zum ersten Male wegen einer chronischen Konjunktivitis an einen Arzt, bald darauf bemerkte er eine helle Blase am rechten, später am linken Beine. Als die Blasen zahlreicher wurden, trat er wieder in die Behandlung eines Arztes, der die Affektion für syphilitisch haltend, wahrscheinlich Quecksilber gab, wie man aus der Salivation, die darauf eintrat, schliessen konnte. Bald trat unter Fortdauer der Hautaffektionen Abmagerung und Verfall der Kräfte ein.

Bei der Aufnahme im Juliusspital 29. Okt. 1859, zeigte sich der Kranke, obwohl ursprünglich kräftig gebaut, im hohen Grade abgemagert, höchst hinfällig, von fahler, schmutziggelblicher Färbung (doch ohne Icterus), dabei war die Haut trocken spröde. An beiden Augen bestand eine starke Konjunktivitis mit reichlicher eitriger Absonderung. Zahlreiche seichte Geschwüre an den Lippen, an der inneren Wangenfläche und an den Zungenrändern Auflockerung des Zahnfleisches und etwas vermehrte Speichelsekretion waren vorhanden. An den beiden unteren Extremitäten finden sich frische bohnen-, bis taubeneigrosse Blasen, die zum Theil mit heller, zum Theil mit mehr trüber Flüssigkeit gefüllt sind, sowie rundliche und unregelmässig zusammengeflossene Excoriationen, die eine seröse Flüssigkeit secerniren. Im Ganzen sind die Eruptionen an den unteren Extremitäten sparsam; Rumpf, Kopf und obere Extremitäten sind gänzlich frei. Der Kranke ist fieberlos, hat geringen Appetit, trinkt viel und liegt fast stets apathetisch und ohne zu sprechen da.

Ordinirt wurden: Eine schwache Sublimatlösung als Augenwasser, Kali chloric. zum Gurgeln, Chinin innerlich, gute Nahrung, Bier und Wein.

In der nächsten Zeit nahm die Blasenbildung rasch überhand und breitete sich über die bisher verschonten Theile des Kopfes und des Halses aus; einzelne Blasen erreichten und übertrafen selbst das Volumen einer grossen Wallnuss, im Ganzen zeigte sich in ihrem Inhalte immer mehr Tendenz, bald trüb und eitrig zu werden, sie platzten bald und hinterliessen ausgedehnte nässende Excoriationen, deren Sekretion bald übelriechend wurde. Gegen Mitte November traten leichte abendliche Fieberexacerbationen, einmal selbst nächtliche Delirien ein. Schon seit 12. November hörten die Eruptionen von Blasen gänzlich auf. Allein der Kranke verfiel nun immer mehr, lag fast beständig in Apathie da und starb nach langer Agonie am 25. Nov.

Die Sektion, vier Stunden nach dem Tode, bot ausser der Hautaffektion und Abmagerung nichts besonders Auffälliges dar.

Die Untersuchung des Urins, des Inhaltes der Pemphigusblasen und des Blutes, von B. im November unternommen, ergab folgende Resultate:

Die Menge des Harns an 10 Tagen gemessen, betrug innerhalb 24 Stunden im Durchschnitt 472 C. C., ein Quantum, das kaum einem Drittheil der mittleren normalen Menge gleichkommt. — B. meint, dass die reichliche Flüssigkeitsausscheidung durch die Haut hiebei zwar von wesentlichem Einfluss, doch nicht den ganzen Ausfall der Harnmenge erklären könne. Eine ähnliche Verringerung der Harnsekretion fand B. auch in einem früheren Falle von Pemphigus.

Die Dichte des Harns betrug im Durchschnitte 1.025 erheblich über dem normalen Mittel. Die Farbe war gelb oder gelbröthlich. Die Reaktion stets

stark sauer Sedimente waren fast immer vorhanden. — Die festen Bestandtheile waren zwar alle in absolut geringerer Menge vorhanden, aber relativ reich war doch der Harn an Harnstoff, Harnsäure, Chlor und Erdphosphaten, hingegen arm an Schwefelsäure ($^1/_{16}$ des Normalgehaltes) und Phosphorsäure ($^1/_5$ des Normalgehaltes). Auffallend war trotz der saueren Reaktion die Gegenwart des Ammoniaks. Eiweiss und Zucker waren nicht vorhanden.

Bei der Untersuchung des Inhaltes der Pemphigusblasen wurden einen bis zwei Tage alte, noch serös aussehende Blasen gewählt, die rein eiterig gewordenen vermieden, Der Inhalt hellgelb, etwas unangenehm riechend, leicht trüb. Beim Stehen fällt ein viele Eiterkugeln haltiges Sediment zu Boden. Hier und da zeigen sich sparsame Blutkörperchen und epidermidale Zellen. An manchen Stellen sieht man feine nadelförmige Formen (wahrscheinlich Fettsäueren), Faserstofffäden sind nirgends zu sehen, eben so wenig Tyrosin und Leucin. Die Reaktion war alkalisch, wie dies fast in allen bisher beobachteten Fällen von Pemphigus; Geruch eigenthümlich unangenehm, doch keineswegs harnähnlich. Mit Natronlauge versetzt und gelinde erwärmt, zeigte auch der frische Inhalt, möglichst frischer Blasen, mit Salzsäure und Lackmuspapier jedesmal die Reaktion auf Ammoniak. Die genaue chemische Untersuchung von B. und Scherer konstatirte die Abwesenheit von Harnstoff, Eiweiss war mehr als im Blutserum vorhanden.

Bei der Untersuchung des Blutes fand B. viel Ammoniak, dagegen eine *auffällige Verminderung des normalen Eiweissgehaltes.*

B. legt ein besonderes Gewicht auf *das Vorhandensein des Ammoniak* in allen untersuchten Flüssigkeiten. (Harn, Pemphigusblaseninhalt und Blut.) Dass dasselbe sich hier aus Harnstoffzersetzung entwickelt habe, hält er nicht für wahrscheinlich. Im Harn entstand es nicht auf diese Weise, indem die Reaktion stark sauer und Harnstoff relativ reichlich vorhanden war.

Dass es in den Pemphigusblasen entstanden und von dort resorbirt wurde, ist B. auch nicht wahrscheinlich, denn schon in frischen Blasen fand er Ammoniak und von welchem Stoffe sollte es sich dort gebildet haben, von Harnstoff? Davon zeigte sich keine Spur. Von Eiweiss? dies war ohnediess bedeutend mehr als im Blutserum vorhanden, so dass es schwer ist zu glauben, es sei ausserdem ein Theil desselben zur Ammoniakbildung verwendet worden. B. hält es daher für wahrscheinlich, dass das Ammoniak im Blute entstanden und von da in die Sekrete und Transsudate übergangen sei; Richardson in seiner preisgekrönten Arbeit über die Ursache der Gerinnung des Blutes behauptet, dass Ammoniak in geringer Menge einen normalen Bestandtheil des Blutes ausmache, und so könnte man annehmen, dass im Pemphigus eine excessive Vermehrung desselben vorkomme.

Von welchen Stoffen hier das Ammoniak im Blute entstehe, ob vom Harnstoff oder von Eiweiss, lässt B. dahingestellt sein. Gegen erstere Annahme spräche der Mangel einer Anhäufung von Harnstoff im Blute, gegen die zweite, dass B. andere Zersetzungsprodukte des Eiweiss wie Tyrosin und Leucin im Blute nicht finden konnte.

Dass der Pemphigus bloss eine lokale Erkrankung der Haut sei, wie in einigen neueren Werken über Hautkrankheiten angeführt wird, ist nach B. nicht richtig. Die früheren Aerzte hielten sie als Ausdruck einer Dyscrasie. Die meisten suchten dieselbe auf Störungen der Harnsekretion und dadurch bedingte Verunreinigung

des Blutes zu begründen. (Reil. J. Frank, Haase Canstatt etc.) Die reichliche Menge von Ammoniak im Blute, ein Befund, der bekanntlich auch bei den verschiedenen Störungen in der Harnsekretion nicht selten ist, dürfte jedenfalls mehr für als gegen diese Ansicht sprechen.

Ebenso spielt das Unterdrücken von Schweissen, Exanthemen etc. bei den älteren Beobachtern auch für den Pemphigus eine nicht unwichtige Rolle. B. hatte Gelegenheit bei einem chlorotischen Mädchen, das an Ekzem litt, welches über ½ Jahr allen angewendeten Mitteln trotzte und erst auf die Anwendung der Kälte rasch verschwand, kurz darauf Pemphigus mit lethalem Ausgang entstehen zu sehen. B. will zwar nicht die Fabeln über Folgen von Unterdrückung der Schweisse, Ausschläge etc. aufwärmen, ist aber durch Erfahrung zur Ansicht gekommen, dass man bei konstitutionell erkrankten Individuen, Tuberkulosen, hochgradig Scrophulosen etc., secernirende Exantheme, z. B. Ekzeme, nicht rücksichtslos und energisch vertreiben solle; will jedoch damit auch nicht gesagt haben, dass man bei solchen Individuen die Hautkrankheit gar nicht heilen solle.

Was die Arten des Pemphigus betrifft, so glaubt B., dass man vier verschiedene Formen desselben unterscheiden könne: 1. Den gewöhnlichen chron. Pemph. 2. Den symptomatischen, wenn im Verlaufe anderer Krankheiten meist nur vereinzelte Pemphigusblasen entstehen. (J. Frank erzählt einen Fall, wo er bei einem schweren Leberleiden eine kritische Eruption von Pemphigusblasen am Rücken beobachtete.) 3. Den akuten Pemphigus, von Hebra geleugnet. — (B. beobachtete einen Fall, der wie die von alten Autoren beschriebene Febris bullosa verlief. Derselbe war indess von Pyaemie bedingt und könnte somit in die Reihe der symptomatischen gezählt werden.) 4. Endlich den syphilitischen Pemphigus, vorzugsweise bei Neugeborenen. Bei Erwachsenen sind bis jetzt nur wenig Fälle dieser Art beobachtet worden, so z.B. von Ricord, Vidal, Hölder, Waller. — B. sah selbst schon zwei, wo auch die antisyphilitische (Mercur) Behandlung Heilung brachte. Der Ausgang des gewöhnlichen chron. Pemph. ist meist ein lethaler. Alle Fälle, die B. beobachtete, starben theils an Marasmus, theils an zuletzt hinzutretender Tuberkulose oder hypostatischer Pneumonie. Hebra hat, so viel B. weiss, auch keinen Fall von Heilung beobachtet. Die bisher angewendete Therapie scheint daher dieser Krankheit gegenüber ohnmächtig zu sein. — B. empfiehlt nun, da das Blut in dieser Krankheit eine bedeutende Eiweissverminderung erleidet, dem Körper leicht assimilirbare Albuminate als Nahrung darzubieten. Was die topische Behandlung betrifft, so sind alle bisher versuchten Mittel: Nitr. argenti. Alaun, Zinkvitriol etc., selbst zu einfache häufige einfache Bäder mit schlechtem Erfolge in Anwendung gebracht worden. Hebra wendet bekanntlich bei Pemph. jetzt örtlich nichts mehr als Bestreuungen mit Pulv. Lycopod. oder carbo vegetab. an; Cazenave Amylumpulver allein oder mit gepulverter Lohe gemengt. — B. hält noch das Kohlenpulver für das rationellste, in-

dem es die ätzende, Ammoniakhaltige Flüssigkeit zu neutralisiren im Stande ist.

B. ist ferner der Meinung, dass die baldige Eröffnung der Blasen mit Bezug auf die Haut, und auch um dem Sekrete einen leichteren Abfluss zu verschaffen, dem Abwarten vorzuziehen sei.

Was die innerliche Behandlung betrifft, so ergibt sich die Nothwendigkeit, einen im Allgemeinen roborirenden und tonisirenden Heilplan zu verfolgen, aus dem Säfteverluste, den der Pemph. hervorbringt. B. stellt nun die Frage auf, was von dem Versuche das Ammoniak des Blutes zu neutralisiren, zu erwarten sei? Jedenfalls liesse sich die Anwendung von Säuren — Salzsäure und Essigsäure — empfehlen. Die Säuren sind bis jetzt bei der Therapie des Pemphigus fast noch nicht berücksichtigt worden, nur Rayer gibt an, bei dem länger fortgesetzten Gebrauche einer Schwefel- oder Salpetersäure-Limonade sogar Heilung beobachtet zu haben. Aus welchem Grunde er indess das Mittel gab, erklärt Rayer nicht, wahrscheinlich war es nur ein blos empirischer Versuch.

Endlich räth B. die natürliche Sekretionen besonders der Nieren und des Darms zu fördern, um auf die Weise das Blut möglichst von Ammoniak zu befreien. —

Hebra weicht insoferne von B.'s Ansichten über Pemphigus ab, dass er erstens das Dasein eines akuten Pemphigus wenigstens seiner Erfahrung nach, in Abrede stellt.

Den Pemph. vulgaris chron. will H. nur dann als solchen diagnostizirt haben, wenn entweder gleichzeitig oder hintereinander mehrere blasige Efflorescenzen entstehen.

Der Verlauf dieser Krankheit, wie ihn H. beschreibt, ist von dem in B.'s Falle beschriebenen nicht sehr abweichend, daher wir ihn nicht wiederholen. In einzelnen Fällen, sagt H., dauert es Jahre, in andern nur einige Tage, dass der Kranke von den Blasenproruptionen verschont bleibt. Für die Prognose hält es H. von sehr grosser Wichtigkeit, in welchen Zeiträumen die Recidiven folgen, je länger jene sind, desto günstiger gestaltet sich die Prognose und umgekehrt; ebenso ist nach H. das Vorhandensein von Fieber beim Ausbruche von der ungünstigsten Bedeutung für den Ausgang.

H. beschreibt noch den Pemphigus foliaceus von Cazenave, der seiner Beobachtung nach viel seltener als der gewöhnliche Pemphigus ist (1:10). Der gewöhnliche Pemph. kommt nach H. bei ca. 100.000 Kranken nur dreimal vor.

Der Pemph. foliaceus unterscheidet sich vom gewöhnlichen Pemph. nur dadurch, dass die Blasen nie prall gespannt, sondern gerunzelt und matsch sind, und zwar entsteht beim Beginne dieser Krankheit nur eine einzige solche Blase, die an der Brust ihren Sitz hat. Die losgelöste Epidermis reisst bald ein und die wenige Flüssigkeit entleert sich, das Centrum sinkt ein, und es entsteht dadurch in der Peripherie ein blasiger Wall; nun findet aber keine Vertrocknung und Krustenbildung statt, sondern es sickert fortwährend Flüssigkeit aus, und die Epidermis in der Peripherie der Blase löst sich mehr und mehr ab, so dass die Krankheit auf

zweierlei Weise fortschreitet, durch Vergrösserung der bereits entstandenen und durch Bildung neuer Blasen.

Dieses Uebel ist, wenn es seinen Höhepunkt erreicht hat, was jedoch wenigstens 1 Jahr manchmal 3—4 Jahre dauert, immer von lethalem Ausgange begleitet.

Der Pemph. neonatorum ist nach H. syphilitischen Ursprungs, Vom Pemph. syphil. macht H. keine Erwähnung.

Die Therapie ist von der von B. angegebenen nicht abweichend. Von Pemph. vulg. chron. beobachtete H. eine wenigstens zeitweilige Heilung, von Pemph. fol. keine.

IV. Chirurgie, Ophthalmologie und Otiatrik.

Beiträge zur chirurgischen Pathologie der Venen; von B. Langenbeck. (Archiv für klinische Chirurgie, 1. Band, 1. Heft. 1860.)

I. Verletzungen der Venen.

Die Verletzungen kleiner oberflächlich verlaufender Venen sind im Allgemeinen von wenig Belang, dagegen gehört die Verletzung der Venen erster und zweiter Ordnung zu den sehr gefährlichen; denn abgesehen von der Gefahr des unmittelbaren Todes durch Lufteintritt oder Verblutung, kann die verletzte Vene der Ausgangspunkt pyämischer Prozesse werden. Die immer so sehr gefürchtete Verletzung einer grossen Arterie, (vorausgesetzt, dass dieselbe der Ligatur zugänglich ist, und ärztliche Hülfe nicht fehlt) ist unter allen Umständen weniger gefährlich, als die Verletzung der gleichnamigen Vene, und es kann insbesondere der Operateur nicht Sorgfalt genug auf die Schonung der letzteren verwenden.

1. Blosslegung und Quetschung grosser Venen und die Gefahren der Thrombose. Quetschungen des Venenrohrs können Entzündungen desselben mit Ausgang in Thrombose veranlassen, die jedoch bei Verletzung an den subkutanen Venen von untergeordneter Bedeutung sind; dagegen sind Quetschungen grosser Venenstämme, welche die Hauptabzugskanäle für eine Extremität oder eine Körperregion sind, sehr bedenklich. Die erfolgende Thrombose kann hier zur Gangrän des Körpertheils führen, oder es kann sich durch Zerfall der Thromben Pyaemie entwickeln.

Bei der Exstirpation von Geschwülsten am Halse, an der Achselhöhle, Kniekehle, kann die ausgedehnte Entblössnng und Ablösung der mit der Geschwulst adhärenten oder von derselben umfassten Venen oftmals nicht vermieden werden; jedoch gelingt es bei vorsichtiger Operation (wenn die Vene nicht gequetscht, gezerrt wird) die Gefahr der Thrombusbildung zu vermeiden.

2. Venöse Blutungen hören im Allgemeinen bald von selbst auf oder werden durch einfache Kompression der Vene gestillt; doch

kommen auch hartnäckige, ohne rechtzeitige Hilfe tödtlich verlaufende Blutungen vor; als Ursachen derselben führt Verf. folgende Momente an: 1) die Anheftung der Vene an benachbarte Theile, wodurch das Zusammenfallen der Venenwandungen verhindert wird; 2) der Druck der Blutsäule, deren Ableitung aus einem Körpergebiet durch die verletzte Vene vorzugsweise geschehen muss; 3) Rückstauung des Blutes. Die tägliche Beobachtung bei Durchschneidung oberflächlicher Venen zeigt, dass dieselben zusammenfallen, sobald sie durchschnitten sind, und dass die Blutung aus denselben sofort aufhört. Durchschneidet man dagegen Venen, welche mit den Nachbargeweben verwachsen sind, so bleiben die Enden derselben klaffend. Aus diesem Grunde kann die Blutung aus Knochenvenen beträchtlich sein. Bei der Trepanation des Schädels geschieht der Hauptblutverlust durch die Venae diploicae, und ebenso kann die Operation der Nekrose von erheblicher Blutung aus den Venen der Knochenlade begleitet sein. Von grosser Bedeutung sind aber in dieser Beziehung die Fascien. Ueberall, wo subkutane Venen in die tiefer liegenden sich ergiessen, oder wo die grossen Venenstämme in Körperhöhlen eintreten, sind sie mit den von ihnen durchbohrten Fascien durch kurzes Bindegewebe verwachsen. Von grösster Wichtigkeit sind diese Verhältnisse bei den Venen des Halses und der oberen Gegend des Thorax. Durchschneidet man die Vena subclavia da, wo sie unter dem Schlüsselbein hervortritt, oder die Vena jugularis externa dicht oberhalb der Stelle, wo sie die oberflächliche Halsfascie durchbohrt, um sich in die communis einzusenken, so bleiben ihre Mündungen klaffend. Aus diesem Grunde und wegen der dadurch gegebenen Möglichkeit des Lufteintritts in die geöffnete Vene sind die Verwundungen der Vena axillaris, subclavia, jugularis externa und interna mit Recht gefürchtet. Blutungen aus der *Jugularis externa* können noch tödtlich werden, wenngleich die Wunde sich weit oberhalb der genannten Stelle befindet. Es ist von forensischer Wichtigkeit, dass die Durchschneidung der Jugularis externa in der Höhe des Kehlkopfs, wo Selbstmörder den Schnitt am häufigsten zu führen pflegen, den Tod durch Blutverlust zur Folge haben kann. Die Blutung aus der bei Operationen verletzten Vena jugularis externa kann, wie Verf. zweimal gesehen, die Unterbindung derselben erfordern.

Bei Verletzungen grosser Venen kann die Blutung aus dem peripherischen wie aus dem centralen Ende gleichmässig stattfinden. Der Blutaustritt aus dem ersteren erfolgt gleichmässig und ununterbrochen, während das centrale Ende im Momente jeder Exspiration und besonders bei verstärkter Exspiration (Husten, Schreien) das Blut ergiesst, welches sich durch Rückstauung in demselben anhäuft. Die Klappenvorrichtung, welche sich oberhalb der Einmündungsstelle der Vena jugularis in die V. subclavia vorfindet, reicht, wie die Erfahrung lehrt, nicht aus.

Klaffende Schnitt- und Hiebwunden der *Jugularis communis* müssen als unbedingt tödtlich angesehen werden, wenn nicht im Augenblick der Verletzung ärztliche Hilfe zur Hand ist. Anders sind

die Stichwunden dieser Vene zu beurtheilen. Unter günstigen Verhältnissen kann das Blut aus der verletzten Vene in ihre Zellscheide oder unter die Fascia colli media extravasiren und so die fernere Blutung verhindern. Findet das Blut dagegen einen unbehinderten Austritt unter die Haut des Halses, so muss eine in ihren Folgen bedenkliche Blutgeschwulst am Halse zu Stande kommen. Uebrigens sind die Stichwunden der Vena jugularis communis auch wegen der leicht eintretenden Eiterung und der Gefahr der secundären Blutung und Pyaemie als schwere Verletzung aufzufassen.

Schussverletzungen grosser in Körperhöhlen gelegener Venen verlaufen oft ohne erhebliche primäre Blutung, können jedoch, wegen der Gefahr der secundären Blutungen und Thrombose, höchst gefährlich werden. Dasselbe gilt von den Schussverletzungen der Jugularis interna.

Blutungen aus Schnittwunden der *Jugularis interna* dürften in allen Fällen durch Verblutung rasch tödten, wenn nicht Hilfe sofort zur Hand ist.

Ungünstig in Bezug auf die Blutstillung stellen sich noch die Verletzungen der *Vena iliaca externa* und *femoralis* heraus, während ihr viel kleineres Kaliber und ihre grosse Entfernung vom rechten Herzen eher das Gegentheil glauben lassen sollte.

Die Blutung aus der verletzten Vena iliaca externa und femoralis kann aus diesem Grunde bei der bisher zu Gebote stehenden Kunsthilfe tödtlich werden, und die Stillung derselben namhafte Schwierigkeiten bereiten.

Besonders hartnäckig, und in manchen Fällen unheilbar sind die durch Zirkulationsimpedimente bedingten venösen Blutungen. Wird eine Vene verletzt oder spontan eröffnet, deren Stamm das von ihr zugeführte Blut nicht weiter fördern kann, so muss natürlich alles dem Stromgebiet der verletzten Vene aus der Peripherie zugeführte Blut durch die Wunde abfliessen, so lange überhaupt ein Blutzufluss stattfindet, oder nicht durch Eröffnung von neuen Abzugskanälen (Erweiterung der Venenanastomosen) die geöffnete Vene ersetzt wird. Solche Zirkulationsimpedimente sind: Zufällige oder durch fehlerhafte Kunsthülfe entstandene Kompression des Venenstammes oberhalb der Wunde, Hemmnisse des kleinen Kreislaufs in den Lungen, Druck von Geschwülsten auf den Venenstamm, Obliteration desselben u. s. w.

Häufiger noch sind bedeutende Blutungen aus geplatzten oder verwundeten Varicen des Unterschenkels, die der Verletzte durch festes Umbinden eines Tuches, durch welches zugleich das zentrale Ende der varikosen Vene komprimirt wird, zu stillen sucht. (Von nicht kundiger Hand angelegte Kompressivverbände können denselben Effekt haben.)

Nicht minder hartnäckig und wegen der Lokalität wohl in der Regel jeder Kunsthülfe unzugänglich sind die *capillären Venenblutungen,* welche durch Kompression der Venenstämme unterhalten, ja, wie es scheint, hervorgerufen werden können, indem in Folge der venösen Blutstauung eine Ruptur der capillaren Venen unmit-

telbar zu Stande kommt, oder dieselbe durch Entzündung und Eiterung vermittelt wird.

Die Haemorrhagien, welche aus krankhaften Geschwülsten so häufig spontan eintreten, sind in vielen Fällen rein venöse oder capilläre, und werden durch Kompression der das Blut aus der Geschwulst zurückführenden Venen bedingt. Am häufigsten beobachtet man diese Haemorrhagien aus Geschwülsten, welche durch grossen Gefässreichthum und durch sinuös erweiterte Venen ausgezeichnet sind, oder durch ihren Sitz und Anheftung von den benachbarten Theilen, Höhlenwandungen u. s. w., eine Einschnürung erfahren haben, z. B. aus den sogen. inneren Haemorrhoidalgeschwülsten, wenn diese bei der Stuhlentleerung hervorgedrängt, und vom Sphincter ani abgeschnürt worden sind. Die Blutung besteht hier entweder in einem blossen Durchsickern von Blut durch zerrissene kleine Venen, oder in einem manchmal kräftigen Hervorspritzen eines Blutstrahls aus einem erweiterten Venenstämmchen.

Ferner können die Rachenpolypen und die aus dem Cavum uteri hervorgetretenen Gebärmutterpolypen erhebliche Blutungen veranlassen, besonders wenn die Strukturverhältnisse der cavernösen Geschwülste in ihnen vorhanden sind. (Diese Blutungen treten jedoch, entsprechend dem periodischen Anschwellen der cavernösen Venengeschwülste, stets periodisch ein).

Eine bisher wenig gekannte, vom Verfasser jedoch zweimal beobachtete capilläre Blutung ist die aus erkrankten *Lymphdrüsen*, und endlich noch die *Haematuria veticalis* bei Lebercirrhose, ebenfalls vom Verf. zweimal beobachtet. (Einmal durch Karlsbad Heilung erzielt).

Verfahren, die Venenblutung zu stillen. Das nach Dupuytren von Allen gerühmte Mittel, die Kranken anhaltend tief inspiriren zu lassen, um die venöse Blutung zu stillen, hat seine Bedeutung verloren, seitdem die Chloroformnarkose uns den Einfluss auf die Willensäusserungen des Operirten entzogen hat. Einen Verlust erleidet die Chirurgie dadurch nicht, bemerkt hierüber der Verf. Denn bei Operationen am Halse und in der Nähe der grossen Venenstämme sind die tiefen Inspirationen wegen der Gefahr des Lufteintritts geradezu gefährlich, und in den meisten Fällen wurden sie ohnehin durch die Schmerzen unmöglich gemacht. Bei der Tracheotomie, wo tiefe Inspirationen in der That eine grosse Erleichterung für den Operateur gewähren könnten, indem sie die durch die Athemnoth stets unterhaltene Blutung aus den Venae thyreoideae sofort beseitigen würden, stehen uns dieselben niemals zu Gebote, und das einzige Mittel, um diese wegen des möglichen Lufteintritts nicht ungefährliche Blutung zu stillen, ist die sofortige Eröffnung der Luftwege, wonach, mit der frei gewordenen Respiration, die Blutstauung beseitigt wird, und die Blutung augenblicklich stille steht.

Die Anwendung der styptischen Mittel ist für die venösen Blutungen von keiner Bedeutung. Die Anwendung des Liquor ferri sesquichlorati, des wirksamsten aller Styptica, hält Verf. bei Venen-

blutungen für gefährlich, weil die ausgedehnte Thrombusbildung, welche dieses Mittel veranlasst, und die ätzende Nebenwirkung desselben, für die grösseren Venen gefährlich werden müsste. Sollte es sich darum handeln, eine rebellische Venenblutung aus mehreren kleineren Venen zu stillen, so ist nach L. die Anwendung des Glüheisens den styptischen Mitteln unbedingt vorzuziehen, weil es den Zerfall der Thromben und die Pyamie am sichersten zu verhindern scheint.

Für die Stillung der Hämorrhagie aus grösseren Venen sind folgende Encheiresen von Bedeutung.

1. Kompression. Ein sehr schätzbares Verfahren, welches bei Verwundungen grösserer Venenstämme zunächst zur Anwendung kommen muss, ist die Kompression mit dem Finger. Befindet sich ein Loch in der ausgeschnittenen Venenwand, so genügt ein leichter Druck auf dasselbe, um die Bildung eines Coagulum in der Wunde zu veranlassen und die Blutung zu stillen. Ist eine grössere Extremitätenvene durchschnitten, so muss der Fingerdruck zunächst das peripherische Ende treffen, und es wird diese Kompression in den meisten Fällen ausreichen. Genügt sie nicht, so lässt man die Kompression des zentralen Endes sofort nachfolgen und reinigt die Wunde, um die Verletzung der Vene übersehen zu können.

Bei Verwundungen der Jugularis externa oder communis comprimirt man sofort das zentrale Ende, um der Gefahr des Lufteintritts zu begegnen, sodann das peripherische, um die Blutung vollständig zu stillen. Bei grösseren Wunden und vollständiger Trennung der Vene kann der Fingerdruck nur den Zweck haben, die Blutung provisorisch zu stillen, und muss daher durch comprimirende Verbände, welche jedoch den Blutstrom nicht erschweren oder verhindern dürfen, ersetzt werden.

2. Unterbindung der Vene. Für die Extremitätenvenen ist die Unterbindung des peripherischen Endes in der Regel ausreichend, doch kann die doppelte Unterbindung oberhalb und unterhalb der Wunde erforderlich werden, wenn erhebliche Seitenäste dicht oberhalb und unterhalb des durchschnittenen zentralen Endes einmünden, und wenn Blutstauung durch irgend welche Anlässe stattfindet. Handelt es sich bei Exstirpation sehr grosser Geschwülste darum, Blutverlust so viel als möglich zu vermeiden, so kann die provisorische Unterbindung vieler, bisweilen bis zur Dicke eines Fingers ausgedehnter subkutaner Venen erforderlich sein. In solchen Fällen legt L. stets eine doppelte Ligatur um die Vene, durchschneidet sie sodann zwischen den beiden Ligaturen, und entfernt dieselben wieder, sobald die Exstirpation vollendet ist. Bei Verletzung der Jugularis externa ist die Unterbindung des zentralen Endes vor der Durchscheidung anzuempfehlen.

Im Uebrigen ist nach L. die Unterbindung grosser Venenstämme so viel als irgend möglich zu vermeiden, besonders in Krankenhäusern, wo die Gefahren der Thrombose und Pyaemie durch die Unterbindung entschieden gesteigert werden.

3. Die seitliche Unterbindung der Vene. Die seitliche Ligatur

wie sie von Travers, Wattmann u. A. (bei kleinen Wunden grosser Venen) empfohlen, ist ein unsicheres Verfahren und verdient keine Nachahmung.

4. Die Unterbindung des entsprechenden Arterienstammes. Dieses unstreitig sicherste Mittel zur Stillung der Blutung aus grösseren Venen, wurde vom Verf. in die Chirurgie eingeführt und hat sich ihm auch in einem Falle, wo die Gefahr der Verblutung (durch die vena femoralis) nahe lag, als lebensrettend erwiesen.

(Schluss dieser lehrreichen Abhandlung im nächsten Hefte).

Fälle von Aneurysmen, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Behandlung durch Kompression.

(Neue Folge)*).

1. Fall. **Aneurysma in Folge einer Verletzung der Arteria brachialis; unterbrochene Digitalkompression durch 31 Stunden; Heilung;** von Mirault. (Gaz. des hôpitaux, Dezember 1860.)

René C., 23 Jahre alt, Gärtner, liess sich am 28. Mai 1860 von einer der Medizin unkundigen Person an der Vena basilica einen Aderlass machen. Er merkte Anfangs nichts Auffallendes; einige Tage nachher jedoch zeigte sich in der Armbeuge eine Geschwulst, welche man für einen Thrombus ansah. Bei jeder anstrengenden Arbeit schien diese Geschwulst sich zu vergrössern und verursachte dann Schmerzen, die sich längs des ganzen Armes hinzogen. Am 27. Juli suchte der Kranke Hilfe bei M., welcher an der Geschwulst alle Symptome eines Aneurysma wahrnahm; die Grösse derselben war ungefähr die eines halben Hühnerei's. Am selben Tage noch wurde der Kranke im Hôpital St. Charles zu Angers aufgenommen und es wurde unverzüglich die Kompression der Armarterie, ungefähr in der Mitte ihres Verlaufes, von 11 Uhr Morgens bis 9 Uhr Abends ausgeübt. Am andern Tage wurde um 6 Uhr Früh die Kompression wieder erneuert und ohne Unterbrechung bis 9 Uhr Abends fortgesetzt. Hierauf wurde die Geschwulst merklich härter. Den 29. wurde um 6 Uhr Morgens die Kompression zum dritten Male vorgenommen. Um 8 Uhr wurde das Pulsiren des Aneurysma undeutlich, gegen Mittag war es kaum mehr wahrnehmbar und etwas später war es vollständig verschwunden, um nicht mehr wiederzukehren. Man beschränkte sich von da an nur darauf, den Kranken noch zu überwachen und konnte ihn am 6. August (im Ganzen nach 31stündiger zweimal während der Nachtzeit unterbrochener Digitalkompression vollkommen geheilt entlassen.

2. Fall. **Aneurysma in Folge einer Verletzung der Arteria temporalis an ihrem Ursprunge; unmittelbare, unterbrochene Digitalkompression durch 85 Stunden; Heilung;** von Bouvier. (Gaz. des hôpitaux. Dezember 1860.)

Einem neunjährigen Knaben von zarter Konstitution, Pierre T., der eine Henne verfolgte, sprang ein grosser Hahn ins Gesicht und

---

*) S. Revue der Wiener Med. Halle. 1860, Bd. I. S. 50, 119, 209. —

brachte ihm 2 Centimètre vor dem rechten Ohrläppchen eine Verwundung bei. Das Blut spritzte, nach Aussage der Eltern, in stossweisen Strömen, weiter als einen Mètre Distanz. Nur mit grosser Mühe konnte man nach nicht unbeträchtlichem Blutverluste diese Hämorrhagie stillen. Herr Dr. Reullié legte, um einer wiederholten Blutung vorzubeugen einen Druckverband an. — Acht Tage nach diesem Zufalle entstand hinter der Wunde in der regio parotidea eine etwa haselnussgrosse Geschwulst, welche mit dem Herzpulse isochrone Pulsation zeigte, woraus R. auf das Bestehen eines Aneurysma schloss, wesshalb er am 20. Juli Bouvier konsultirte, welcher die Diagnose konstatirte und Behufs der Vornahme der Digitalkompression den Rath ertheilte, den Kranken in das Hôpital St. Charles zu geben, woselbst er auch am 29. Juli eintrat. Die Geschwulst hatte inzwischen an Grösse bedeutend zugenommen, ihre Grenzen waren nach vorn: der Gelenkfortsatz des Unterkiefers, über welchen sie ungefähr einen Centimètre vorragte, nach hinten der Warzenfortsatz des Schläfenbeines; nach oben der Jochbogen, und nach unten der Winkel des Unterkiefers, den sie noch beträchtlich überragte. Die untere Hälfte der Ohrmuschel war emporgehoben und bildete von rückwärts betrachtet einen starken Vorsprung an dieser Seite des Kopfes. Vor dem Ohrläppchen sah man die Narbe von der vorausgegangenen Verwundung. — Die Pulsationen, sowohl für Gesicht als Gefühl deutlich wahrnehmbar, konnten aufgehoben werden, sobald man auf den vordern obern Theil der Geschwulst, gerade vor dem Tragus einen Druck ausübte. Diese Stelle wählte man auch für die Anwendung der Kompression, welche am 4. August zum ersten Male vorgenommen und in folgender Weise fortgesetzt wurde: Am 4. komprimirte man fünf Stunden lang, am 5. zehn und eine halbe Stunde, am 6. eilf Stunden, am 7. acht Stunden, am 8. neun und eine halbe Stunde, am 9. eilf Stunden, am 10. zehn Stunden, am 11. zehn und eine halbe Stunde, am 12. neun und eine halbe Stunde.

Es brauchte somit eine Kompression von 85 Stunden im Durchschnitte etwa $9\frac{1}{2}$ Stunden täglich bevor das vollständige Schwinden der Pulsation die Ueberzeugung verschaffte, dass das Blut in dem Aneurysma coagulirt sei.

Im vorliegenden Falle wurde die Geschwulst selbst komprimirt, und zwar an einer Stelle, welche der Arterienwunde entsprach, wodurch die Kommunikation mit dem Aneurysmasacke aufgehoben wurde. Wie sich Verf. durch die sorgfältige Sektion eines Knaben ungefähr gleichen Alters überzeugte, mochte die Arteria temporalis gerade an der Stelle von dem Schnabel des Hahnes getroffen worden sein, wo diese aus der Carotis externa entspringt. Die Wahl der Kompressionsstelle auf der Geschwulst selbst war bedingt durch die tiefere Lage und Unzugänglichkeit der Carotis externa, anderseits durch die Möglichkeit einer Herstellung der Kommunikation des Aneurysmasackes mit dem Blutstrom auf kollateralem Wege.

Zur Kieferresektion mit Erhaltung des Gaumens; von W. Roser in Marburg. (Archiv d. Heilkunde 3. Bd. 1860).

Die Resektion des einen Oberkiefers mit Erhaltung der Gaumenschleimhaut, wie sie Langenbeck (in Nr. 45 der Deutschen Klinik 1859) beschreibt, wurde von R. im Juni 1858 mit sehr befriedigendem Erfolg ausgeführt. Der Fall ist folgender:

Ein junges Mädchen litt seit 12—15 Jahren an Fibroid des linken Oberkiefers. Mehrere Operationen von der Wangenseite her, durch verschiedene Aerzte unternommen, hatten unvollkommenen Erfolg gehabt, der Tumor war immer von Neuem wieder gewachsen. Als die Kranke in die Klinik eintrat, zeigte sie eine starke Herabtreibung des linken knöchernen Gaumentheils und eine grosse höckerige Auftreibung der Wangengegend. Mitten in der Wange war eine Fistelöffnung, die schon 10 Jahre bestand, und die nicht in die Kieferhöhle, sondern in die fibroide, halbverknöcherte Masse hineinzuführen schien.

Die Operation wurde, nach Spaltung der Wange und gleichzeitiger Exzision der dort befindlichen Narben, in der Art vorgenommen, dass die Schleimhaut vom harten Gaumen mit einem krummen schneidenden Spatel abgelöst und die kranke Oberkieferpartie mit der schneidenden Knochenzange zertheilt und herausgeschafft ward. Von der Orbitalplatte blieb ein Theil stehen, und somit behielt die Augenhöhle einigermassen ihren Schluss; die Nasenhöhle wurde aber von der Spina nasalis anterior bis zur Choane geöffnet und mit der Mundhöhle vereinigt. Die äussere Wunde wurde zur primären Verwachsung gebracht. Die Gaumenhaut nahm dem Munde zu eine halb hängende, aber doch ziemlich steife und feste Lage an und wurde die Prognose gestellt, dass mit der eintretenden Narbenbildung und Narbenkontraktion diese Gaumenpartie sich hinaufziehen und zugleich die Kommunikation zwischen Mund- und Nasenhöhle sich auf ein sehr kleines Mass reduciren werde. Diese Prognose traf richtig ein. Als die Narbenformation begann, zog sich die Gaumenhaut nach oben und hinten und die Kommunikation zwischen Mund und Nase wurde erbsengross. Dieselbe liegt zugleich so nach der Seite und nach oben und hinten, dass man sie auf den ersten Blick gar nicht wahrnimmt, sondern sie erst nach dem Zurückziehen des Mundwinkels und Hinaufziehen der Wangenhaut von der Seite her gesehen werden kann. Es bedarf kaum eines Obturators, da weder die Stimme von dieser Kommunikation leidet, noch beim Essen viel Eindringen von Speisen vorkommt. Die Wangenschleimhaut legt sich so an, dass dadurch eine Art von Verschluss der Oeffnung geleistet wird.

Was R. bestimmte, diese Operationsmethode zu wählen, und nicht die gänzliche Exstirpation des Kiefers nach der gewöhnlich empfohlenen regulären Weise zu machen, waren dreierlei Erfahrungssätze, die er sich von früheren Kieferoperationen abstrahirt hatte. Diese Erfahrungen sind folgende:

1) Bei Nekrose des einen Oberkiefers hat R. wiederholt beobachtet, dass die Heilung ohne permanentes Loch im Gaumen oder mit nur ganz kleiner seitlicher Kommunikation gelang, wenn man die Vorsicht gebraucht hatte, durch einen derben Querschnitt in der Wagenlinie und durch energische Anwendung der zertheilenden Knochenzange die todten Knochenpartieen stückweise herauszuschaffen. Es kam zu theilweiser Reproduktion des Knochens und zu einer so günstigen Vernarbung, dass der Defekt, abgesehen von den Zähnen, kaum bemerkt wurde. Das Resultat der nekrotischen Zerstörung war unter solchen Umständen ganz unvergleichlich viel günstiger als das bei regulärer Exzision.

2) Die Partial-Resektionen sind offenbar beim Fibroid (oder Enchondrom) nicht so zu verwerfen, wie manche Schriftsteller gethan haben. R. hat, abgesehen von dem oben erwähnten Fall, noch zwei Mal die Partial-Resektion gemacht; es waren junge Mädchen, die natürlich jede Entstellung zu vermeiden wünschten, und R. entschloss sich zu der minder sicher erscheinenden Partialsektion, auch auf die Gefahr hin, dass ein Rezidiv möglich wäre, wenn man von der halb mit Fibroid erfüllten Knochenmasse einen Theil stehen liesse. Die Tumoren wurden mit grossen Liston'schen Zangen weggenommen und dann wurde mit kleinen Zangen und schneidenden Spateln durch grabende Bewegungen nachgeholt, was verdächtig war. So entfernte R. z. B. im Jahre 1852 ein Fibroid, das vom vierten Backenzahn der einen Seite bis zum dritten Backenzahn der andern Seite ging, und die Schneidezähne zollweit vor sich hergeschoben hatte, mit dem besten Erfolg, ohne nur die Nasenhöhle zu eröffnen. R. grub den Knochen bis hart an die Nasenhöhle heraus, nahm das Zwischenkieferbein und die Kieferhöhle der einen Seite fast ganz weg; die Heilung gelang ohne Kommunikationsöffnung nach der Nase hin.

3) Bei Ober- und Unterkiefer-Resektion ist es von Werth, nicht nur die Haut, sondern ganz besonders auch die Schleimhaut möglichst zu sparen. Je mehr man die Schleimhaut spart, desto mehr Substanz hat man für die Bedeckung und rasche Heilung der innern Wunde. Man kann, wie Langenbeck am Oberkiefer empfiehlt und wie R. am Unterkiefer schon vor 10 Jahren gefunden, den halben Kiefer herausnehmen und die Wunde nicht nur aussen, sondern auch innen primär schliessen, wenn man auf gehörige Bedeckung mit Schleimhaut bedacht nimmt. Ueberhaupt kommt bei den Kiefer-Resektionen dasselbe Gesetz zur Anwendung, welches R. das Gesetz der lippenförmigen Ueberhäutung genannt hat. Es bildet sich, wenn man den Unterkiefer wegnimmt, die Fortsetzung der Wangenschleimhaut in die der Zungenbasis, wenn man die äussere Wandung der Kieferhöhle wegnimmt, die Fortsetzung der Wangenschleimhaut in die der Kieferhöhle u. s. w., ganz nach demselben Mechanismus, nach welchem sich bei der Blasenscheidenfistel die Scheidenschleimhaut in die Blasenschleimhaut fortsetzt. Wenn man die Entstehung fistelartiger Kommunikationen bei Gaumennekrose, Kieferresektion u. dgl. vermeiden will, so muss man die Schleimhaut sparen und allen nachtheiligen lippenförmigen Ueberhäutungen schon beim Operationsplan entgegenwirken.

Tracheotomie, Abstossung eines nekrotischen Stückes vom Schildknorpel; von James Russel. (Medic. Times. and Gazette, Jan. 1860.)

Verf. wurde im September 1855 zu einem Manne gerufen, welcher an einer beträchtlichen Verengung des Larynx litt. Auch in der Ruhe athmete er schwer, wenn er aber sprechen wollte oder sich bewegte, so steigerte sich das Respirations-Hinderniss sehr bedeutend und es stellte sich heftiger, trockener Husten ein. Die Stimme war lispelnd und der Kranke nicht im

Stande etwas festeres zu schlingen; er war blass, aber keine Spur von Cyanose, Puls schwach. Die Anamnese ergab, dass der Kranke einmal zu Weihnachten und ein zweites Mal, 7 Wochen bevor ihn Verf. sah, an Geschwüren im Rachen gelitten habe, ohne allgemeine Erscheinungen. Die genaueste Untersuchung ergab keine Erscheinungen von Tuberkel oder Syphilis. Der Larynx war empfindlich und die Fauces oedematos aber nicht entzündet. Da alle angewendeten Mittel nichts halfen und die Athemnoth sehr bedeutend war, wurde die Tracheotomie mit sichtlich gutem Erfolge gemacht. Im Laufe des November wurde häufig etwas Blut ausgeworfen. Die versuchsweise vorgenommene Entfernung der Kanüle wurde noch nicht ertragen, sie musste also wieder eingelegt werden, und der Kranke wurde entlassen. Am 26. Mai warf der Kranke in einem Hustenanfalle ein Stück Knochen aus, welches sich als der obere Winkel der linken Cartilago thyreoidea auswies, und ungefähr ein Drittel des ganzen Knorpels betrug; es war nekrotisch und am Abstossungsrande unregelmässig und zackig. Vor der Abstossung war der Athem des Kranken längere Zeit stinkend, nach derselben aber erholte er sich, die Respiration wurde auch bei verstopfter Kanüle leicht, aber der Kranke trug die Kanüle noch durch vier Jahre, weil ihn immer die Erinnerung an die früheren Leiden ängstigte.

Penetrirende Bauchwunde mit Vorfall des Netzes — Gangrän — jauchige Peritonitis — Heilung; von Dr. L. Zander in Berlin. (Deutsche Klinik Nr. 33, 1860).

Den folgenden höchst interessanten Fall theilen wir etwas ausführlicher mit, weil er durch seinen unerwarteten Verlauf denkwürdig ist.

In F., einem $1\frac{1}{2}$ Meilen von Berlin entlegenen Orte brachte am 5. Februar ein Knabe dem andern bei einem Streite mehrere Stiche mit einem Federmesser bei, von welchen einer den Bauch derartig verletzte, dass ein Eingeweide vorfiel. Aus Angst vor seinen Eltern begab sich der Knabe nicht nach Hause, sondern hielt sich noch $\frac{1}{2}$ Stunde auf der Strasse auf, bis Erbrechen eingetreten war und der Schmerz sich bedeutend gesteigert hatte. Erst $3\frac{1}{2}$ Stunden nach geschehener Verletzung kam Z., der zu Hilfe gerufen wurde, an und fand den 14jährigen schwächlichen Knaben in folgendem Zustande.

Das Gesicht blass, die Nasenspitze und Extremitäten kühl. Das angstvolle Gesicht mit kaltem Schweisse bedeckt. Der Puls schwach, unter dem Fingerdrucke verschwindend, 100 in der Minute. Am Bauche befindet sich in der linken regio hypogastrica, etwa handbreit unter dem Nabel, nicht weit von der linea alba, die Wunde, etwa $\frac{1}{2}$ Zoll breit, schräg von oben und innen nach unten und aussen verlaufend. Aus dieser Wunde war eine ungefähr 4—5 Zoll lange Netzpartie hervorgefallen, deren oberes Ende von den Wundrändern ziemlich fest umgeben, das untere freie hingegen dick, klumpig aussah. Darmvorlagerung war nicht vorhanden. An dem Prolapsus war nur eine mässige venöse Stase bemerkbar. Der Leib war in seinem ganzen Umfange aufgetrieben, bei der Berührung schmerzhaft. Verf. schritt sofort zur Reposition des prolabirten Theiles, nachdem er durch zweckmässige Lagerung und möglichst lang dauernde Exspirationen eine mässige Erschlaffung der Bauchwandungen herbeigeführt hatte. Die Spannung der Ränder der sehr kleinen Wunde machte die Reposition sehr schwierig, jedoch gelang diese mit Hilfe einer geknöpften, knöchernen Sonde durch allmäliges behutsames Zurückschieben vollkommen. Nachdem sich Z. durch Sondiren von der vollständigen Reposition überzeugt hatte, vereinigte er die Wundränder durch 5 Knopfhefte. In der Umgebung der Wunde liess er 10 Blutegel setzen, die Nachblutung eine Stunde lang unterhalten und anhaltend eine Eisblase auflegen. Innerlich bekam Patient zweistündlich einen halben Gran Opium. Gleich nach der Reposition wurde der Knabe ruhiger, der Puls hob sich sofort, fühlte sich kräftiger an, auch verlor sich die kühle Temperatur. Pa-

tient hatte in der darauf folgenden Nacht ruhig geschlafen. Am anderen Morgen (6. Februar) war der Puls 90, kräftig, die Hauttemperatur nicht erhöht, kein Durst, kein Stuhl, Appetit etwas vorhanden, Zunge rein, feucht. Die Entzündungs-Erscheinungen an der Wunde gering. Auf Andringen eines älteren Kollegen, der die Anwendung eines Laxans für nothwendig hielt, gestattete Z. ein Clysma und, obgleich ungern, die Verbindung des Opium mit ½ Gran Calomel pro Dose, die Applikation der Eisblase wurde fortgesetzt. Am 7. Februar früh, klagt Patient über Hitze und quälenden Durst. Das gegebene Clysma blieb ohne Erfolg; Erbrechen war nicht. Puls 136, voll und gespannt, Temperatur erhöht, Zunge belegt. Respiration beschleunigt. Der Leib wenig aufgetrieben, weich; die Umgebung der Wunde wenig geschwollen, kaum geröthet, bei Berührung mässig schmerzhaft. Ord.: am Unterleib 6 Blutegel, Eisblase; am Manubrium Sterni 4 Blutegel und ein Vesikator von der Grösse eines Zweithalerstückes. Innerlich: Rp. *Acid. muriat.* gtt. XV., *Aq. dest.* unc. V. *Mucilag. Gj. mim.*, *Syr. rub. id.* aa. unc. semis. *Tinct. theb.* scrupulum M. D. S. 2stündl. 1 Essl., ferner ein Clysma mit *Ol. ricini.*

8. Febr. Nach dem Clysma mehrere, ergiebige Stuhlentleerungen, darauf Nachlass der Fiebererscheinungen. Nacht gut; Durst gering, Appetit stellt sich ein, Respiration nicht beschleunigt. Puls 120, voll, Leib weich, schmerzlos. Ord.: 2 Nähte wurden entfernt. Obige Mixtur bleibt; ferner: *Ung. hydrarg. ciner.* und *Ung. Digital.* aa. part. aeq. als Einreibung in die Reg. hypogastr.

Am 9. Husten und Schmerzen im Abdomen waren eingetreten, Schlaf unterbrochen, Puls 120, Zunge belegt. Ein Stuhl ohne Clysma. Unterleib empfindlich, besonders nach links unten, in der Nähe der Blase. Ord.: die übrigen Nähte wurden entfernt; aber die Wundränder sind vereinigt. 9 Blutegel auf die schmerzhafte Stelle, Eisblase, Clysma mit Oleum Ricini. Innerlich Calomel, Gran ½; Sulf. aur., Gran ¼; Sacch. alb. Gran X. 2stündl. ein Pulver. Hierauf kamen 2 Stühle, Schmerzen geringer; Schlaf gut. Am 10. wurde dem Patient von dem andern Arzte stündlich ein Esslöffel voll Ricinusöl verordnet, worauf er bis zum 11. viermal laxirte; ferner vermehrten sich die Schmerzen im Leibe, der Puls stieg auf 128, Durst und Unbehagen. Der meteoristisch aufgetriebene Bauch bei Berührung sehr empfindlich. Der Perkussionsschall auf der linken Seite der Reg. hypog. gedämpft tympanitisch. Ord.: das *Ol. Ricin.* wird sogleich ausgesetzt, dafür 2stündl. ½ Gran *Opium* und die Einreibung von *Ung. ciner.* mit *Ung. Digit.* aa. part. aeq., ferner 6 Blutegel und statt der Eisblase Kataplasmen.

Am 12. Der Zustand des Kranken nicht besser, öfteres Husten vermehrt den Schmerz in abdomine. Ord.: 4 Blutegel, Kataplasmen. Innerlich: *Nitri* drachm. duas. *Aq. dest.* unc. quinque, *Mucilag. Gj. mim.* — *Syr. rub. id.* aa. unc. semis. *Aq. lauroc. dr. sem.* Jede 2 Stunde 1 Esslöffel.

Am 13. Die Nacht ruhig geschlafen, Puls 124. Die Empfindlichkeit des Unterleibes viel geringer als gestern; auch der Meteorismus geringer. Die Wundränder beginnen sich zu trennen und aus der Wunde sickert ein jauchiger, sehr stinkender Eiter heraus; in der Wunde liegen einige Fetzen abgestorbenes Gewebe, dass sich beim Herausziehen als Theile des reponirten Netzes manifestiren. Beim Aufdrücken auf die Umgebung sickert unter knisterndem Geräusch Jauche hervor. Ord.: Es wird ein Stückchen noch nicht entfernbares, brandiges Gewebe durch die Wunde gezogen und liegen gelassen, in die Wunde ein kleiner Charpiebausch eingeführt und mit dem Kataplasmiren fortgefahren. Innerlich eine Emulsion mit 10 Gran. *Trae. theb.*

Am 14. Febr. wurde noch ein Stück brandiges Netz entfernt; die Empfindlichkeit des Unterleibes hatte nachgelassen. Durch Perkussion liess sich der Umfang des Exsudates nach oben zu bis einige Finger breit unter dem Nabel begrenzen, nach rechts überschritt es nicht die Linea alba, nach unten war die Begrenzung nicht deutlich. Die Behandlung blieb dieselbe; nur wurde statt der *Tinct. theb.* der Emulsion *Aq. lauroc.* zugesetzt.

15 Febr., Nacht gut, Puls 112, Zunge reiner, feucht. Aus der Wunde entleert sich auf Druck ein gelblicher, etwas consistenter Eiter, der jedoch noch sehr übel riecht. Kein Stuhl. Ord.: Idem und Clysma. 16. Febr. Der Puls 108, Zunge rein, Appetit rege; Clysma blieb ohne Erfolg. Ein Blutegelstich, links, in der Nähe der Wunde, hatte sich durchgeeitert; aus bei-

den Wunden kommt eine profuse Menge dünnen Eiters. Ord.: Idem Clysma. 17. Febr. Status et ord. idem.

18. Febr. Die Nacht gut geschlafen; seit Früh jedoch hat der Kranke starken Durst, weniger Appetit; Zunge rein; Puls klein, 120 in der Min.; starker Schweiss. In der Wunde liegt ein Wulst brandiges Gewebe, das sich aber noch nicht entfernen lässt. Im linken Hypochondrium hat sich ein umfangreicher Eiterheerd gebildet, der inzidirt wird, und aus welchem sich eine grosse Menge gutartigen, dicken Eiters entleert. Ord. idem.

19. Febr. Patient fühlt sich leichter, hat gut geschlafen, der Puls ist kräftiger, 108, kein Schweiss, Zunge rein. Abermals wird ein Stück brandiges Netz aus der Wunde entfernt. Aus sämmtlichen 3 Bauchwunden entleert sich viel Eiter.

20. Febr. Status idem. Nur in der Umgebung der Wunden ist Schmerzhaftigkeit vorhanden; es wird wieder ein Stück brandiges Netz entfernt. Ord.: idem. Clysma.

21. Febr. Puls 84. Appetit sehr rege, kein Stuhl. Der Rest des brandigen Netztheiles wird entfernt.

22. Febr. Status idem. Ein Stuhl. Eiter geringer. In der Tiefe der Wundhöhle sieht man bereits Granulationen.

4. März. Der Zustand des Patienten wurde von Tag zu Tag besser; Puls zwischen 72—82. Apetit rege; täglich erfolgte von selbst Leibesöffnung. Empfindlichkeit hat ganz aufgehört. Die Kataplasmen werden fortgesetzt.

22. März. Die Wunde im linken Hypochondrium und die seitliche im Hypogastrium sind bereits seit 8 Tagen vernarbt. In der ursprünglichen Wunde waren die Granulationen so üppig, dass sie mit Nitr. arg. touchirt werden mussten; auch diese war bis zum 7. April vollständig zugeheilt. Der Kranke erholte sich nun sehr rasch.

Ueber die Ursachen des erschwerten Kathetrisirens bei Urinretention in Folge von Entzündung des Blasenhalses und über die Mittel sie zu heben; von Dr. Foucher. (Revue de therap. medico-chirurg. 15. Dez. 1860.)

Kathetrisirung der Blase ist, nach der Ansicht aller Chirurgen, die beste Behandlungsmethode bei kompleter Harnverhaltung. Wenn dieselbe nichtsdestoweniger nicht immer angewendet wird, so findet dies seine Begründung darin, dass man hiebei oft auf grosse, ja unüberwindlich scheinende Hindernisse stösst. Diese hält aber Verf. wenigstens in vielen Fällen dadurch herbeigeführt, dass man zu wenig die anatomischen Verhältnisse berücksichtigt, durch welche der Ausfluss des Harnes gehemmt wird, und stützt diese Behauptung auf folgende Erfahrung:

Die Entzündung des Blasenhalses bedingt nicht selten Urinretentionen in Folge von Verschliessung des Blasenausganges; allein diese wird nicht dadurch erzeugt, dass ein kreisförmiger Sphincter durch seine Kontraktion die Blasenwand faltet und zuschnürt, sondern es bestehen an der hintern Circumferenz dieser Oeffnung Muskelfasern, die sie von rück- und seitwärts umgeben, und demnach Schlingen mit vorderer Konkavität bilden, welche sich an die vordere Blasenwand begeben. Zusammenziehung derselben hebt den hinteren Rand des Blasenausganges nach auf- und vorwärts, nähert ihn dem entgegengesetzten Rande, kann sogar zu einer vollständigen Kreuzung beider und somit zu einem klappenförmigen Verschluss der Blase führen. Dazu kommt noch, dass die pars membranacea urethrae

unter dem Einflusse von Muskeln steht, die bei ihrer auf Reizung erfolgten Kontraktion die Krümmung dieser Harnröhrengegend vermehren. Wollte man unter diesen Verhältnissen von einem stark gekrümmten Katheter Gebrauch machen, so müsste man den Schaft des Instrumentes viel früher nach abwärts wenden, als man in den Blasenhals eingedrungen ist, dabei berührt man mit dem inneren Ende die obere Urethralwand; benützt man einen gewöhnlichen Katheter, so kommt man leicht an die gehobene untere Harnröhrenwand; mit beiden wird man dann schwerlich in die Blase gelangen, dafür ist man mit beiden sehr der Gefahr ausgesetzt einen falschen Weg zu bohren. Verf. findet in solchen Fällen die von Chopart empfohlenen elastischen Katheter für zweckmässig; derselbe wird bis an das Hinderniss vorgeschoben, sodann zieht man den in seinem Inneren enthaltenen Mandrin auf 2—3 Cmtr. zurück und das freie Vesikalende des Instrumentes adaptirt sich nun leicht der Krümmung der Urethra. Noch sicherer scheint dem Verf. der von Mercier angegebene Katheter, welcher 15 – 16 Mmtr. von seinem inneren Ende beinahe rehtwinkelig gekrümmt ist. Das Instrument streift in die Urethra eingeführt die obere Wand derselben, und vorgeschoben gegen das Hinderniss, deprimirt sein Knie die hintere Wand derselben, während der Schnabel beinahe von selbst in das Orificium colli gleitet, wodurch jeder rationellen Indikation entsprochen wird.

Einige Fälle von Prostata-Entzündung mit Abscessbildung nebst Bemerkungen über ihre Behandlung;

von R. H. Meade. (Medical Times and Gazette, Oktober 1860.)

1. Fall: Mr. H., 30 Jahre alt, litt seit 7 Jahren an einer Striktur der Harnröhre in ihrem häutigen Theile, so dass eine dünne Bongie nur mühsam eingeführt werden konnte. Ausserdem hatte der Patient einige Zeit, bevor der Verf. zu ihm gerufen ward, eine Harnfistel, deren Perinaeal-Mündung sich nach und nach geschlossen hatte. In der Nähe der Narbe fand sich eine tief sitzende, harte, haselnussgrosse Masse, welche nach der Angabe des Kranken mit Zunahme der Beschwerden von Seite der Striktur jedesmal geschwellt und schmerzhaft wurde.

Durch lang fortgesetzte Einführung von Bongien in die Harnröhre gelang es die Striktur zu heben. Doch blieben immer noch Schmerzen in der Gegend des Blasenhalses, im Mittelfleisch und im Mastdarm, letztere wie bei einer Striktur desselben, zurück. Auch die kleine Geschwulst am Mittelfleisch bestand fort. Von Zeit zu Zeit entleerte Patient mit dem Urin auch Eiter aus der Harnröhre. Um den Hohlgang, dessen Anwesenheit vorausgesetzt werden musste, zum Verschluss zu bringen, schnitt Verf. auf die Perinaealgeschwulst ein, und fand in der That einen Fistelgang, durch den er eine Sonde ziemlich weit einführen konnte. Eine bis zwei Wochen lang kam Harn durch die gemachte Oeffnung, welche endlich durch Aetzung geschlossen wurde.

Bei Untersuchung des Mastdarms mit dem Finger fand sich in der Höhe der Prostata eine starke Membran, welche an der vordern Darmwand ihre Anheftung zu haben schien. Die Prostata war verdünnt, so dass eine in die Blase gebrachte Bongie deutlicher als gewöhnlich gefühlt werden konnte. Patient erklärte nun, dass er zur Zeit, als sich im Mittelfleisch die erste Fistelöffnung bildete, die Symptome von Entzündung der Prostata wahrgenommen habe. Offenbar hatte sich Eiter gebildet, welcher sich mehrere Wege

bahnte: einen an's Mittelfleisch, den zweiten in den Mastdarm, dessen Häute er zerwühlt, und Entzündung mit Bindegewebs-Neubildung hervorgebracht hatte. Das unbehagliche Gefühl, welches noch immer in der Gegend des Blasenhalses vorhanden war und das Schwappen, welches in der Mitte der Prostata sich wahrnehmen liess, und der immer noch nicht verschwundene Eiter machten es überdiess wahrscheinlich, dass einige fistulöse Gänge noch in der Prostata und ihrer Umgebung zurückgeblieben waren. Verf. unternahm nun nach dem Vorgange von Colles und Teale folgende Operation: Es wurde ein Itinerarium in die Blase des in der Seitenlage befindlichen Kranken geführt, dessen Rinne im Mastdarm gefühlt werden konnte. Ein leicht gekrümmtes spitzes Bistouri, dessen Klinge unten umwickelt war, wurde nun auf dem Zeigefinger in den Darm eingeführt, und seine Spitze durch die Mitte der Prostata in die Rinne des Itinerariums gestossen. Das Bistouri wurde nun in der Rinne durch die oben beschriebene Membran an die Mastdarmwand hindurch nach abwärts geführt, und die pars prostatica urethrae $^1/_2$ bis $^3/_4$ Zoll weit gegen die vordere Mastdarmwand blossgelegt. Die Blutung war sehr gering, Urin schien nicht aus der Wunde zu kommen. In wenigen Tagen war der Patient vollkommen hergestellt, und von allen Beschwerden befreit.

Seit drei Jahren befindet sich nun Herr H. wohl, und führt nur dann und wann eine Bougie in die Harnröhre ein.

2. Fall: John A. war mit Striktur der Harnröhre, mit einer Perinaeal- und Recto-Vesicalfistel (eigentlich recto-urethral) behaftet, so dass der meiste Theil des Harns durch den Mastdarm und die Mittelfleischöffnung entleert wurde. — Die Geschichte dieses Falles war jener des ersten ähnlich: Prostatis mit Abscessbildung, Fistelbildung ins Rectum, Abscess am Perinaeum, künstliche Eröffnung desselben und Entleerung von Urin durch diesen neuen Ausgang.

Bei der Untersuchung mit Bougien zeigte sich eine mässige Striktur des häutigen Theiles; durch das Rectum liess sich die *etwas geschwellte* Prostata fühlen. Die Kommunikation zwischen Mastdarm und Harnröhre war leicht aufzufinden, gerade unterhalb des Scheitels der Prostata.

Nach Ausdehnuug der Striktur wurde dieselbe Operation, wie oben vollführt. Ausserdem spaltete Verf. hier auch den Sphinkter ani, indem er ein Bistouri von der Fistelöffnung am Mittelfleisch aus durch die Schleimhaut in den Darm führte und dann im Abwärtsschneiden den Muskel trennte.

Drei Monate nach dieser Operation war die Heilung, welche noch durch eingetretene Verschlimmerung der Striktur verzögert wurde, vollendet.

3. Fall: Ein 35jähr. Mann, den der Verf. einige Wochen früher an Gonorrhoe behandelt hatte, fühlte plötzlich Schmerzen in der Gegend des Blasenhalses, dann im Mastdarm, durch dessen Wand man die vergrösserte empfindliche Drüse wahrnahm.

Da Ruhe, Bähungen, Blutungen u. s. w. nichts nützten, sich Eiterungs-Symptome einstellten und ein Theil der Prostata durch die Darmwand hindurch schwappend erschien, führte der Verf. einen Spiegel in den Mastdarm ein, dessen seitliche Oeffnung er der Mitte der Protasta gegenüber einstellte, worauf man deutliche Fluktuation durch die hereinragende Schleimhaut mit dem Finger unterscheiden konnte. Er machte dann durch das Fenster des Speculums einen ziemlich tiefen Einschnitt, aus dem nahezu $^1/_2$ Unze dicken Eiters sich in das Lumen des Spiegels ergoss, dem eine beträchtliche, aber bald durch Tamponirung (innerhalb des an einem Ende geschlossenen Spiegels) gestillte Blutung folgte. Urin entleerte sich nicht durch die Wunde, und alle Symptome verschwanden schnell.

4. Fall: Ein junger Ehemann ward während seiner Hochzeitsreise in den Hochlanden von heftigem Schmerz im Mastdarm, Stuhlverstopfung und Dysurie befallen. Zugleich stellten sich Fiebererscheinungen ein. Verf. erfuhr, dass der Patient einige Tage vor seiner Heirat eine Striktur der Harnröhre gehabt, aber vollständig davon genesen sei. Die Untersuchung durch den Mastdarm zeigte Schwellung und Empfindlichkeit der Prostata; nach zwei Tagen bewies die bedeutende Härte und Empfindlichkeit an der einen Seite des Afters und Schmerzhaftigkeit der Mastdarmwand unterhalb der Prostata gegen

Druck, dass die Entzündung sich auf das umliegende Bindegewebe verbreitet hatte. In der Gegend der Prostata selbst liess sich keine Fluktuation wahrnehmen. In der Nacht darauf brach der Abscess an jener Stelle in die Darmhöhle durch, worauf die Symptome zuerst milder wurden, dann ganz verschwanden.

Die Schlüsse, welche der Verf. aus den mitgetheilten Krankengeschichten zieht, sind folgende:

1. Die Eröffnung eines Mastdarm-Prostata-Abscesses vom Mastdarm aus ist mit Unrecht als sehr gefährliche Operation angesehen, weil die meisten Autoren Blasen-Mastdarmfisteln allzu sehr fürchten.

2. Nicht nur in Fällen von Prostata-Abscessen bei alten Leuten, sondern auch bei suppurirender Prostatitis mit Fistelbildung, welche bei jungen Leuten mit Harnröhren-Strikturen nicht selten ist, nützt die von Colles in Fällen der ersten Art geübte Punktion des Abscesses vom Mastdarm aus.

3. Der Verf. fügt endlich hinzu, dass bei Vergrösserung der Prostata ohne Abscesbildung der innerliche Gebrauch von Jodkali (nach Brodie) sehr gute Erfolge erziele.

Ueber eine neue Modifikation des Ophthalmoskops; von Dr. X. Gatezowski in Paris. (Jahrbuch der Gesellschaft d. poln. Aerzte in Paris 1860.)

Das Ophthalmoskop unterlag seit seiner Erfindung durch Helmholtz im J. 1851 vielfachen Modifikationen. Gegenwärtig unterscheidet man in der Praxis zwei Hauptarten desselben, und zwar das Helmholtz'sche, welchem sich die von Coccius, Zehender, Liebreich u. A. anschliessen, mittelst welcher wir den Augengrund in gerader Richtung sehen, und die von Ruete, Anagnostakis, Desmares, Graefe u. A., welche ein umgekehrtes Bild zeigen. In seiner vor 2 Jahren geschriebenen Inauguraldissertation bemühte sich Verf. die Vorzüge des Zehender'schen und Graefe'schen Ophthalmoskops nachzuweisen; als Leiter der Desmarre'schen Augenklinik sowohl, als auch in seinen öffentlichen Vorträgen über den Gebrauch des Augenspiegels hatte aber Verf. Gelegenheit sich zu überzeugen, dass die Instrumente von Desmarres und Graefe ungeachtet ihrer sonstigen Vorzüge den Anfängern viele Schwierigkeiten darbieten.

Das Ophthalmoskop von Desmarres ist ein stählerner concaver Spiegel mit 2 Seitenöffnungen und einer Brennweite von 6 Zoll. Um den Augengrund im vergrösserten Massstabe und in gerader Richtung zu sehen, gibt Desmarres eine convexe Linse Nr. 6 oder 5 hinter den Spiegel, und nähert diesen 1½ bis 2 Zoll dem Auge des zu Untersuchenden. Um ein umgekehrtes Bild zu erhalten, gebraucht D. eine Linse Nr. 2¼, welche er 3" vom Auge des Kranken hält, während er den Spiegel in einer Entfernung von 5—6 Zoll von der Linse einrichtet. Dieser Augenspiegel hat zwei Hauptfehler: 1) die Oeffnung ist nicht in der Mitte, wesshalb das Auge des Untersuchenden sich nicht in der Linie der mittleren

Strahlen befindet und daher ein unklares Bild wahrnimmt. 2) Der Stahlspiegel gibt weniger Licht als der silberne.

Der Graefe'sche Augenspiegel hat zwar diese beiden Mängel nicht, aber dafür andere, und zwar 1) beträgt die Brennweite desselben 8 Zoll, der Arzt muss daher den Kranken in bedeutender Entfernung untersuchen; 2) sind beide Linsen zu stark (Nr. 1 ¼, 1 ½), während die Erfahrung lehrt, dass man den Augengrund in umgekehrter Richtung am besten durch eine Linse Nr. 2 oder 2 ¼ sieht; 3) enthält Graefe's Ophthalmoskop keine Gläser zur Untersuchung des Auges in gerader Richtung.

Um diese Mängel zu beseitigen, liess Verf. durch Charrière einen Augenspiegel konstruiren, dessen Beschreibung hier folgt: Derselbe besteht aus einem kleinen silbernen Spiegel mit einer Brennweite von 6 Zoll und in der Mitte befindlicher Oeffnung. Der Spiegel ist mit einem Messingring umgeben, an welchem ein Griff von demselben Metall angebracht ist; am Ringe befindet sich ein stählerner Rüssel, welcher am obern Ende ein Reifchen hat. In dieses letztere wird ein concaves Glas Nr. 6 oder 5 gegeben, welches der hinteren Mündung der Spiegelöffnung genähert wird. Dieses Glas dient zur Untersuchung in gerader Richtung. Zur Wahrnehmung des umgekehrten Bildes befindet sich am Ophthalmoskope eine convexe Linse Nr. 2 ¼, von der Grösse des Spiegels. Das Ganze wird in einem kleinen ledernen Futterale aufbewahrt, wo sich überdies ein Fläschchen mit Atropin befindet.

Einiges über die bisherige Behandlung der Augenblennorrhoe, und die Anwendung der Sabina-Essenz gegen die blennorrhoischen Produkte der Bindehaut; von Dr. Josef Lunda, k. k. Oberarzt (Wien. med. Wochenschrift, Nr. 30, 31, 1860).

Verf. hat an einer Reihe von 16 ausgewählten Fällen von Granulationsbildung der Bindehaut (unter welchen 14 verschiedene Entwicklungsgrade derselben vorhanden waren — wie sie im Gefolge der Blennorrhoe entstehen, 2 jedoch, die als beginnendes Trachoma im Sinne Arlt's aufgefasst wurden) die Anwendung der *Sabina-Essenz* erprobt. Hervorzuheben ist, dass keiner dieser Fälle im entzündlichen Reizungszustande war — denn diese Therapie war nur gegen die Entzündungsprodukte, nicht aber gegen den Entzündungsprozess gerichtet.

Die bei dem Auftragen der Sabina-Essenz auf die Lid-Bindehaut von L. beobachteten Phänomene sind:

I. Subjektive Erscheinungen.

1. Heftiger brennender Schmerz, der 10 bis 20 Minuten andauert und lokalisirt an der Bindehaut ist. 2. Nachlass des brennenden Schmerzes, — ein geringes Hitzegefühl und Empfindlichkeit gegen das Licht, welches über eine Stunde andauert. 3. Bei einigen Fällen besteht ein Gefühl von leichtem Stechen in der Tiefe am

Uebergangstheile durch mehrere Stunden. 4. Bei allen tritt getrübtes Sehen auf — sie schauen wie durch einen Schleier und können nur auf kurze Distanz unterscheiden.

II. Objektive Erscheinungen.

1. Ein momentanes Erblassen der berührten Stelle und sofortiges Eintreten der Hyperämie. 2. Ein sehr bedeutender Thränenfluss und krampfhaftes Zusammenziehen der Lider; die Dauer dieser Erscheinungen ist übereinstimmend mit der Dauer des Schmerzes. 3. Leichteres Thränen bei Reizen: Rauch, Licht, Lesen etc. 4. Nach 24 Stunden sind alle bis jetzt erwähnten Folge-Erscheinungen spurlos verschwunden, ausser einer sehr geringen Hyperämie der Bindehaut. 5. Verminderung und Sistirung der eitrigen Sekretion, je nach dem gegebenen Falle.

Die Einwirkung des Mittels manifestirt sich in folgenden Veränderungen der krankhaften Gewebe: 1. Die papillären Excrescenzen schwinden nach einigen direkten Bepinselungen. 2. Die mehr festeren, granulösen Wucherungen widerstehen hartnäckiger der Einwirkung des Mittels, werden aber auch zur Resorption gezwungen. 3. Die zotten- und sammtartige Auflockerung wird nach mehreren Tagen in eine glatte, kaum drüsig zu bezeichnende, infiltrirte Bindehautfläche verändert. 4. Die serös-plastische Infiltration der Bindehaut geht derart zurück, dass in einigen Wochen beiläufig der Tarsus durchscheint; die mehr starre Infiltration, welche nach den Lapis-Aetzungen meist zu sehen ist, zeigt sich auch hartnäckiger in ihrer Rückbildung. 5. Die leichte Auflockerung der Bindehaut ohne Infiltration und ohne gleichmässige Röthe derselben weicht auch der vorsichtig und mit Aussetzungen angewendeten Bepinselung mit dem Sabina-Oel. 6. Die normale Bindehaut wird gar nicht in ihrer Struktur angegriffen, auch da nicht, wo auf dieselbe durch längere Zeit das Oel aufgetragen wurde; — die verursachte geringe Gefäss-Injektion verschwindet nach paartägigem Aussetzen des Mittels. 7. Die Ergüsse von eiweisfaserstoffigem Blastem in Form rundlicher Körper (Trachom im Sinne Arlt's) werden auch zur Resorption gebracht; — die graulichen in kürzerer Frist als die gelblichen, speckigen, deren Abgehen mehr den Hergang eines langsamen Abnützens, Abätzens annimmt. 8. Wo die Injektion der Conj. bulbi durch den Reiz der infiltrirten Lidbindehaut und ihrer Erhabenheiten unterhalten wird, geht dieselbe mit dem Schwinden der Excrescenzen ein. Scheint der Tarsus durch, besteht nur noch eine ganz leichte Auflockerung der Bindehaut, so ist es zweckmässig, das Mittel nur alle 48 bis 72 Stunden einmal aufzutragen, indem beim unausgesetzten Gebrauch eine Gefäss-Injektion entsteht, die nicht nur zwecklos, sondern manchmal schwerer zurückzubringen ist.

Die Wirkung des Sabina-Oels fasst L. in Folgendem zusammen: Dieses Heilmittel ätzt junge, zarte Elemente, ohne schon ausgebildete geformte Gewebe anzugreifen; es erzeugt eine Hyperämie, welche die Durchfeuchtung der Exsudate bewirken kann und

die Resorption zu befördern im Stande ist, die erzeugte Hyperämie übergeht nie durch die Einwirkung des Mittels in Entzündung, wodurch frische Exsudation gesetzt werden könnte, sondern wirkt nur resorptionsanregend.

Merkwürdiger Fall von Polykorie; von Dr. H. Wilson in Dublin (Medical Times and Gazette — Gazette des hopitaux, September 1860.)

T. D., 28 Jahre alt, wohl gebildet, kam in's Spital St. Marc am 18. November 1859 und gibt an, bis vor drei Jahren immer sehr gut gesehen zu haben, um welche Zeit er von ungefähr bemerkte, dass sein rechtes Auge viel schwächer sei, als das linke; seither nahm die Sehkraft dieses Auges immer mehr ab und ist gegenwärtig beinahe Null. Mit dem linken Auge erkennt er Gegenstände in einer Distanz von ungefähr 10 Zoll, sieht sie jedoch wie durch einen Nebel. — Das rechte Auge ist ein wenig kleiner und auch etwas weicher, als das linke; die untere Hälfte der Cornea ist durch eine weissliche, halbmondförmige Trübung undurchsichtig, die kreisrunde Pupille etwas nach oben gerückt. Die Farbe der Iris ist an einzelnen Stellen hellbraun, an anderen schiefergrau. Trübung der durchsichtigen Medien verhinderte die Untersuchung der Retina. Das linke Auge war von normaler Konsistenz, der grösste Theil der Cornea war durchsichtig, nur der innere untere Rand derselben war auch in Form einer weisslichen sichelförmigen Trübung gedeckt. Bei der seitlichen Ansicht zeigte sich die Iris an die hintere Fläche der Cornea angewachsen, während, von vorne betrachtet, die Iris gänzlich zu fehlen schien, denn man sah hinter der Cornea nichts als einen schwärzlichgrauen Hintergrund. Die genauere Untersuchung dieses Auges ergab Folgendes: weder Farbe der Iris, noch Gewebe derselben bot einen gleichmässigen Anblick dar. Die sonderbarste Erscheinung war eine weite, fast dreieckige Pupille, welche der innern und untern Partie der Cornea entsprechend gelegen war. Ihr freier Rand war von einem lichtgrauen Raume eingefasst, ähnlich dem, den die normale Iris bei lichtblonden Individuen darbietet. Die Radialfasern der Iris zeigten sich viel deutlicher gesondert als im normalen Zustande. Zwei vollständig getrennte, den früher erwähnten ganz ähnliche lichtgraue Säume zogen nach aufwärts und nach abwärts gegen den Ciliarrand der Iris und liessen zwischen sich drei Zwischenräume, deren Grund hinter der Ebene der dreieckigen Pupille zu liegen kam. Der oberste Raum war erfüllt von einer weisslichgrauen Substanz an welcher drei gesonderte Lagen von Fasern, deren Richtung und Farbe verschieden, kenntlich waren; die oberste Lage war lichtgrau und von stark vorspringenden Fasern gebildet, in deren Mitte, entsprechend dem Rande des oberen Augenliedes, man eine kleine Oeffnung wahrnahm. welche die zweite Pupille darstellte. Der mittlere Raum zeigte nichts Auffallendes, im dritten hingegen, der in das äussere, untere Segment der Cornea fiel, bemerkte man zwei kleine, ovale, scharf umgrenzte Oeffnungen, welche gleich der ersten mit freiem Auge leicht sichtbar waren; mit dem Ophthalmoskope sah man durch dieselben den beleuchteten Augengrund hindurch. Im Glaskörper entdekte man durch den Augenspiegel flottirende Flocken. Die Ratina und die Sehnervenscheibe hatten ihr normales Ansehen.

Wilson hält diesen Bildungsfehler der Iris für angeboren.

Verlust eines Auges durch einen unglücklich angesetzten Blutegel; von Professor v. Gräfe. (Archiv für Ophthalmologie, 7. Bd. 2. Heft 1860.)

Folgender Fall mag einerseits als Warnung vor einer fahrlässigen Blutegelapplikation in der Umgebung des Auges dienen, an-

derseits hat er dadurch Interesse, dass der Blutegelstich sich nicht mehr im Bereiche des Limbus conjunctivae, sondern beinahe eine Linie entfernt von dessen Grenze befand, also an Theilen, die im Normalzustand für gefässlos gelten.

G. wurde ein zartes, fünfjähriges Mädchen zugeführt, welchem einige Tage zuvor wegen „Kopfschmerzen" Blutegel an die rechte Schläfe verordnet waren. Das Auge selbst sollte vor der Applikation durchaus gesund und sehkräftig gewesen sein.

G. fand die vordere Kammer mit Blut gefüllt, die untere Hälfte des Konjunktivalsackes inklusive des Randtheils der Cornea blutig suffundirt, in der unteren Hälfte der Cornea, fast eine Linie von der Grenze des Limbus conjunctivae entfernt eine Wunde, deren Ränder und ganze Umgebung etwas geschwellt und graulich getrübt waren. Die Form dieser Wunde liess bei genauerer Feststellung keinen Zweifel übrig, dass dieselbe von einem Blutegelstich herrührte. Auf G.'s Befragen wurde angegeben, dass bei der Applikation ein Blutegel entschlüpft, in das Innere des Auges gekrochen sei und hier seine zerstörende Arbeit unter bedeutenden Schmerzen für das Kind ausgeführt habe. Leider war jeder Lichtschein geschwunden, wahrscheinlich auf Grund einer totalen haemorrhagischen Netzhautablösung. Da G. niemals in solchen Fällen von Haemophthalmus, mag nun die Ursache gewesen sein, welche sie wolle, Rückkehr des Sehvermögens beobachtet habe, wenn einmal die quantitative Lichtempfindung für länger als einige Stunden aufgehoben war, so stellte er auch hier die Prognose vollkommen schlecht. Er sah das Kind nur noch wenige Male wieder. Das Blut in der vorderen Kammer war zum Theil verschwunden, das Auge jedoch bereits erheblich weicher, und G. zweifelt nicht daran, dass sich Phthisis bulbi entwickelt hat.

In wiefern übrigens der Blutegel sich selbst mit Blut gefüllt, und wie lange derselbe gesaugt, konnte G. nicht ermitteln. Die Konjunktival-Ecchymose schnitt mit dem Bereich des Limbus conjunctivae scharf ab, von hier aus nach der Wunde hin zeigte sich lediglich die oben erwähnte gefässlose Infiltration. Es ist demnach nach Verf. sehr möglich, dass sich aus der Wunde selbst kein Blut entleert, sondern dass nur die starke Saugwirkung die intraoculare und extraoculare Haemorrhagien verschuldet.

Pulsirende Geschwulst in der Orbita — Unterbindung der Arteria carotis communis — Heilung; aus Bowman's Klinik (in London), von Wickham (Medical Times and Gazette. August 1860.)

Susanna L..., 41 Jahre alt, verheiratet, Mutter von 6 Kindern, wurde am 13. April in King's College Hospital mit einer pulsirenden Geschwulst der rechten Orbita aufgenommen. Sie gibt an, gegen Weihnachten, als sie gerade mit Waschen beschäftigt war, plötzlich einen heftigen Schmerz in der rechten Orbita empfunden zu haben, der von einem zischenden Geräusche begleitet gewesen sein soll; wenige Stunden darauf bildete sich eine Hervortreibung des Augapfels, die bisher nicht rückgängig wurde. Im März wurde sie entbunden — einen Monat später, bei ihrer Aufnahme, bot sie folgendes Krankheitsbild dar: Das Auge ragte einen halben Zoll weit über die Orbita hervor; es machte durch die aufgelegten Finger leicht fühlbare Pulsationen, mit welchen gleichzeitig ein scharf begrenztes Geräusch wahrnehmbar war. Das Auge war nur wenig beweglich; das Gesicht war nicht beeinträchtigt, Doppeltsehen keines vorhanden. Die Konjunktiva sehr blutreich, die Venen des oberen Augenliedes sehr ausgedehnt, strotzend. Das Opthalmoskop zeigte die Chorioidea und Retina sehr blutreich. — Weder Kopfschmerz noch irgend welche Gehirnerscheinungen waren vorhanden; auch entstand keine schmerz-

hafte Empfindung. Beim Druck gegen den Augapfel oder seine Umgebung durch die Kompression der Carotis, schwanden sogleich alle Symptome mit Ausnahme der Prominenz des Augapfels. Die von Hulke in Abwesenheit Bowman's zunächst vorgenommene Behandlung bestand in wiederholter Ausübung einer Digital-Kompression der Arteria Carotis durch 10—20 Minuten drei- bis viermal des Tages. Diess wurde etwa 14 Tage lang fortgesetzt, jedoch ohne allen Nutzen. Anwendung kalten Wassers auf das rechte Auge und die Schläfe verschaffte nur vorübergehende und sehr unbedeutende Besserung. — Bis zum 11. Juni hatte sich die Vascularisation des Auges und seiner Umgebung bedeutend vermehrt; auch trat Schwindel ein. Am 17. war die Vortreibung des Auges sehr gross, es entstand seröse Chemosis, und es trat bedeutende Schwellung der umgebenden Weichtheile hinzu. Die Kranke war sehr aufgeregt und klagte über grosse Schmerzen im Auge. Im Laufe desselben Tages nahmen diese Symptome in so bedenklicher Weise zu, dass Bowman sich entschloss die Carotis communis zu unterbinden.

Die Kranke wurde zu diesem Behufe chloroformirt; am innern Rande des Sternomastoideus wurde ein ungefähr 3 Zoll langer Einschnitt gemacht, sodann bis auf die Gefässscheide, die vorsichtig getrennt wurde, sorgfältig präparirt die Ligatur um die Carotis angelegt und die Wunde durch die Nähte vereinigt. Die Pulsation im Auge hörte unmittelbar nach der Unterbindung auf — und als die Kranke aus der Narkose erwachte, fühlte sie sich wohl und war von allen sie früher sehr belästigenden Erscheinungen befreit. Nachts hatte sie vier Stunden lang gut geschlafen; am andern Morgen war das Auge weniger vorragend, die Chemosis war vollständig geschwunden, die Schwellung der ganzen Umgebung hatte bedeutend abgenommen, ihr Allgemeinbefinden war befriedigend.

Die beiden Gesichtshälften zeigten einen merklichen Wärmeunterschied, indem die rechte um zwei bis drei Grad kühler war als die linke. In den ersten vierzehn Tagen nach der Operation kam es zwei- oder dreimal aus der Wunde zu einer Blutung, welche jedoch sogleich gestillt wurde. Am 17. Tage nach der Operation wurde die Ligatur entfernt. Von da an heilte die Wunde ohne weitere Zufälle bald zu. Am 23. Juli, somit 36 Tage nach der Operation wurde die sich eines vorzüglichen Befindens erfreuende Kranke entlassen. Von den örtlichen Erscheinungen blieb blos ein geringes Vorragen des rechten Augapfels und behinderte Beweglichkeit des Auges nach aussen zurück.

Beiträge zur Rhinoskopie; von Dr. H. Dauscher. (Zeitschr. der Gesellschaft der Aerzte zu Wien, Nr. 38, 1860.)

Taubheit am linken Ohre, bedingt durch einen Pfropf in der Eustachischen Ohrtrompete. Vollkommene Heilung durch Injektionen mit dem Katheter von Itard.

L. A., 30 Jahre alt, Handarbeiterin, hatte sich im Monate März 1859 eine Verkühlung zugezogen, nach welcher sie alsbald stechende Schmerzen im linken Ohre verspürte, deren Intensität einige Tage bedeutend zunahm. Nach drei Wochen verloren sich dieselben allmälig, die Kranke bemerkte zu ihrem Schrecken, dass die Gehörsempfindung auf der linken Seite sich vermindert hatte. Nur laut gesprochene Worte konnte sie mit diesem Ohre wahrnehmen. Dieser Zustand blieb durch drei Monate stationär; nach dieser Zeit wurde das Gehör auf dieser Seite plötzlich ganz aufgehoben. Die von der Kranken versuchten Mittel blieben erfolglos und sie gab schon jede Hoffnung auf, mit diesem Ohre wieder zu hören, als sich sehr belästigende Erscheinungen einstellten, die sie veranlassten ärztliche Hilfe zu suchen. Es traten nämlich zeitweise, besonders an warmen Tagen, eigenthümliche Schallwahrnehmungen, wie Schnalzen, Knallen, Summen u. s. w auf, durch welche die Kranke in grosse Unruhe versetzt wurde. Die Anfälle kamen zwei- bis dreimal im Tage, manchmal alle Tage, oft blieben sie jedoch auch wochenlang aus; an feuchten, regnerischen Tagen waren diese Schallerscheinungen nie eingetreten. Am 10. August bekam die Kranke einen heftigen Anfall, der

mit kurzen Remissionen beinahe einen halben Tag gedauert hatte und suchte da erst des Verf. Hilfe.

Bei der Untersuchung des äusseren Gehörganges beider Ohren fand D. in demselben ziemlich viel zu harten Klumpen vertrocknetes Ohrenschmalz und erklärte sich die Erscheinungen dadurch, dass er annahm, es dringe zwischen dem vertrockneten Cerumen und dem Gehörgange zeitweise Luft bis zum Trommelfelle. D. liess deshalb mehrmals des Tages laues Oel in den äussersten Gehörgang eintropfen und mit lauem Wasser ausspühlen. Am nächsten Tage war Cerumen entfernt und bei Untersuchung mit dem Ohrenspiegel fand D. sowohl die Auskleidung des Gehörganges, als auch das Trommelfell ganz normal; die Anfälle blieben jedoch unverändert dieselben und D. untersuchte desshalb mittelst des *Rhinoskopes* und des Uvalahäckchens im direkten Sonnenlichte die Eustachischen Ohrentrompeten und ermittelte folgenden höchst interessanten Befund:

„Die Umgebung der beiden Ohrtrompeten etwas geröthet, die der linken jedoch in viel höherem Grade als rechts; *aus der linken Tuba Eustachii ragte ein bei zwei Linien lange die Oeffnung desselben obturirender, graulich gelber Pfropf heraus.*" — D. beobachtete durch mehrere Tage hindurch an dem Pfropfe nicht die geringste Veränderung und nahm endlich die *Katheterisation* der linken Ohrtrompete mit dem Katheter von Itard vor, in der Absicht den Pfropf zu zerstören und dann die kleineren Partikelchen desselben mit dem Flüssigkeitsstrahl wegzuspühlen. — Nach der ersten Einführung des Katheters und Entleerung der Flüssigkeit bemerkte die Kranke ausser der unangenehmen Empfindung bei der Einführung desselben nichts besonderes; kaum aber hatte D. bei der zweiten Einführung die Hälfte der Spritze entleert, als plötzlich die Kranke mit den Händen auf den Kopf griff und angab, sie bekäme einen heftigen Schwindel und hätte im Ohre ein Gefühl wie Kanonendonner." Als nun D. den Katheter herauszog, erklärte die Kranke, *„sie höre wie mit einem Zauberschlage auf dem linken Ohre ebenso gut wie rechts."* D. hielt dies für Selbsttäuschung, verstopfte das gesunde Ohr und konstatirte zu seiner Ueberraschung, dass die Kranke ganz leise gesprochene Worte vernahm; nur klagte sie über Schwindel, der noch über zwei Stunden anhielt. Bei der Untersuchung mit dem Rhinoskop fand D. *den Pfropf ganz verschwunden*, dagegen am untern Rande der Trompete einen gelben, rahmähnlichen Beleg. Um nun auch den blennorrhoischen Zustand der Schleimhaut der Eustachischen Ohrtrompete zu heben, spritzte D. dreimal täglich mittelst des Itard'schen Katheters eine sehr verdünnte, leicht erwärmte Lösung von *Sulfas Cupri* ein, wodurch nach 10 Tagen die Schleimhaut der Ohrtrompete ihr normales Aussehen wieder erlangte. Die Schallempfindungen, welche die Kranke in so hohem Grade belästigt hatten, waren ganz ausgeblieben; das Gehör der Kranken ist auf der linken Seite ebenso gut als rechts — wie sie behauptet sogar besser; nur ist das linke Ohr gegen stärkere Schallwellen etwas empfindlicher.

Der vorliegende Fall zeigt deutlich, wie wichtig die Rhinoskopie für die Diagnose und Therapie gewisser, bisher wenig gepflegter Krankheitsgruppen sei. Die Anwendung des Rhinoskops verursacht den Kranken bei einiger Dexterität des Arztes geringe oder gar keine Unannehmlichkeiten. Dauscher führt zuerst das Uvulahäckchen ein, mit welchem er die *Uvula blos in die Höhe hebt* und dadurch die Gaumenbögen etwas anspannt *ohne sie nach vorn zu ziehen*, weil sich sonst sogleich starke Schlingbeschwerden einstellen. Durch dies Verfahren, nämlich die Uvula blos zu heben, hat D. selbst bei Kindern von 9—12 Jahren die Rhinoskopie ganz gut anwenden können. Die Berührung der hinteren Rachenwand mit dem Spiegel ruft kein Würgen hervor, wie irrthümlich behauptet wurde.

Die Injektionen mit dem Itard'schen Katheter nimmt D. mit einem von ihm modifizirten Apparate vor, weil bei dem Versuche

nach Einführung des Katheters die Spritze anzuschrauben, derselbe aus der Ohrtrompete leicht herausgleitet, und bei dem mit der gefüllten Spritze bereits verbundenen Katheter das grössere Gewicht hinderlich ist. D. glaubt diesen Uebelständen dadurch abzuhelfen, dass er die Verbindung zwischen Katheter und Spritze nicht mittelst einer Schraube, sondern mittelst in einander schiebbarer, glatter Ansätze bewerkstelligt.*)

V. Geburtshilfe, Gynaekologie und Paediatrik.

Ueber die Nosogenie der intrauterinen Placental-Polypen

von Prof. Braun in Wien (Allg. med. Zeitung 43, 44, 45, 1860).

Br. hält die von Kiwisch herrührende Eintheilung der Uteruspolypen in Schleim-, fibröse und fibrinöse Polypen nicht ausreichend für die Praxis und stellt, um diesem Mangel abzuhelfen, eine vierte Reihe auf, die sogenannten *Placental-Polypen.*

Die Schleimpolypen sind *eigentliche Schleim-* oder *Zellpolypen.*

Die fibrösen Polypen sind *eigentliche fibröse* oder *sarcomatöse Tumoren.*

Die fibrinösen Polypen erklärt Kiwisch für ein Coagalum, das aus dem Menstrualblute von Weibern, die nie geboren haben, herrühren soll. Scanzoni hingegen glaubt, dass hier ein Abortus vorhanden sei, welche Ansicht in neuester Zeit auch Rokitansky durch die Untersuchung zweier Fälle bekräftigte. In beiden Fällen war zwar noch kein fibrinöser Polyp, allein die Anlage zu seiner Entstehung vorhanden.

Eine Ausdehnung des Cervix, die in dem einen Falle sowohl als auch in dem andern beobachtet wurde, verdankte ihre Entstehung dem Ei selbst und war mithin für einen auf die bevorstehende Abortirung des Ei's sich anbildenden fibrinösen Polypen präformirt.

In dem einen Falle war eine sogenannte Mola carnosa nicht in der Uterushöhle, sondern im Cervix aufgefunden worden.

Im zweiten Falle war es ein auf seiner Wanderung begriffenes Abortiv-Ei, welches durch frühzeitige Kontraktionen des Uterus-Körpers nach dem Cervix gedrängt ward, und erst hierdurch, indem es nicht zu seiner Ablösung kam, wurde die Decidua an jener Stelle zu einer beträchtlichen Wucherung angeregt.

Das in den Cervix gelangte Ei wächst eine Zeit lang fort; es entsteht eine sekundäre Cervikalschwangerschaft, ohne dass der Cervix an Masse bedeutend zunehmen würde, weshalb auch seine Erweiterung mehr passiver Natur ist.

Rokitansky ist nun der Ansicht, dass die Eihäute auf irgend eine Weise platzen, der Embryo ausgestossen wird, die zurückbleibenden Eihäutreste mit der Blutung eine gute Grundlage für einen

---

*) Derartig modifizirte Itard'sche Katheter sind beim Instrumentenmacher Leiter vorräthig.

fibrinösen Polypen abgeben, indem das Blut in dem passiv erweiterten Cervix sich anhäuft und coagulirt.

Diese Begründung ist richtig, jedoch glaubt Braun, dass die Polypen viel häufiger Produkte der Schwangerschaft selbst seien, wobei 1) entweder ein Abortiv-Ei der ersten Schwangerschaftsmonate, 2) eine Mola carnosa, 3) eine wochenlange Retention nach der Geburt eines nicht lebensfähigen Foetus, 4) die Retention eines Theiles einer reifen Placenta in der Uterinalhöhle nach der Geburt eines reifen Kindes durch Monate, 5) die Ablösung einer Placenta succenturiata bei der Geburt eines lebensfähigen Foetus und nach erfolgtem spontanen Abgange einer scheinbar normalen Nachgeburt, 6) die Retention eines Abortiv-Eies nach Zwillingsschwangerschaft und der Geburt einer lebensfähigen Frucht als ätiologische Momente anzusehen sind. Braun hält mithin nicht nur den Abortus, sondern, und zwar in der grossen Mehrzahl der Fälle, die Retention der reifen Placentatheile als die Ursache der fibrinösen Polypen, die er mit dem Namen Placental-Polypen belegt.

Es folgen nun die Krankengeschichten von sieben Fällen, die zur Unterstützung der aufgestellten Behauptung dienen sollen. Im ersten Falle waren Erscheinungen eines intrauterinen Polypen vorhanden, bedingt durch eine fünfwöchentliche Retention der unreifen Placenta. — Im zweiten wurde sechs Wochen nach der Geburt eines reifen lebenden Kindes ein faustgrosser Placentalpolyp entfernt. — Im dritten ging ein Placentalpolyp spontan in der zweiten Woche des Puerperiums ab. — Im vierten wurde ein Placentalpolyp 3 Wochen nach einem Abortus entfernt. — Im fünften wurde ein Placentalpolyp, der durch ein molenartiges, in Bindegewebsdegeneration begriffenes Ei bedingt war, drei Jahre nach der Geburt eines reifen Kindes entfernt. — Im sechsten und siebenten Falle war ein polypenähnlicher Tumor im puerperalen Uterus vorhanden.

Der Vorfall der Gebärmutter bei Schwangeren und Gebärenden von Hüter. (Monatsschr. f. Geburtskd. u. Frauenkrankheiten, Sept. Oct. 1860.)

Verf. stellt folgende Punkte über das Verhalten des Vorfalls der Gebärmutter bei Schwangeren und Gebärenden auf:

1. Die vorgefallene schwangere Gebärmutter zieht sich in den ersten Schwangerschafts-Monaten spontan zurück und Schwangerschaft und Geburt verlaufen regelmässig.
2. Die vorgefallene schwangere Gebärmutter zieht sich nicht spontan zurück. Es wird die Reposition derselben nöthig.
3. Die Reposition gelingt nicht wegen Einklemmung der schwangeren Gebärmutter.
4. Die vorgefallene schwangere Gebärmutter erweckt das vorzeitige Eintreten der Geburt.
5. Der Vorfall der schwangeren Gebärmutter entsteht in der

zweiten Hälfte der Schwangerschaft, besteht bis zum rechtzeitigen Ende derselben und während der Geburt.

6. Der Vorfall der schwangeren Gebärmutter entsteht kurz vor oder während der rechtzeitig eintretenden Geburt, sei es, dass derselbe vor der Schwangerschaft nicht bestanden hat, sei es, dass die vorgefallene Gebärmutter sich in den ersten Schwangerschaftsmonaten spontan zurückgezogen hatte, oder sei es, dass die vorgefallene Gebärmutter reponirt und durch ein Pessarium zurückgehalten war.

7. Der Vorfall der Gebärmutter entsteht während des Verlaufs der Schwangerschaft und der Geburt.

8. Es liegen Beobachtungen über den Vorfall der Gebärmutter während der Geburt vor, bei welchen nicht angegeben ist, ob derselbe schon während der Schwangerschaft bestanden hat, oder erst während der Geburt entstanden ist.

Diese angeführten Verhältnisse rechtfertigt der Verf. durch Anführung zahlreicher, theils eigener, theils fremder Beobachtungen.

Bei Betrachtung der Ursachen des Vorfalls der Gebärmutter bei Schwangeren und Gebärenden kommt Verf. zu folgenden Resultaten:

Die bei weitem grössere Mehrzahl der Vorfälle wird bei Mehrgeschwängerten getroffen, und besteht der Vorfall in der Regel schon vor der Schwangerschaft, weshalb als allgemeine Ursache der Vorfall der nicht schwangeren Gebärmutter betrachtet werden muss. Es ist aber dabei zu unterscheiden, ob die vorgefallene nicht schwangere Gebärmutter im schwangeren Zustand vorgefallen bleibt, oder ob der Vorfall der Gebärmutter, welcher während einer gewissen Dauer der Schwangerschaft nicht bestand, in Folge von Körperanstrengungen oder durch das Einwirken einer äusseren Gewalt wieder eintritt. — Nicht selten trägt der Geburtshelfer selbst durch Operiren mit der Zange die Schuld der Entstehung eines Gebärmuttervorfalls. — Das Entstehen des Vorfalls wird begünstigt durch ein zu weites Becken, und, wie des Verf. eigene Beobachtungen lehren, auch durch eine zu weite Schamspalte. Vorzugsweise begünstigt anstrengendes Arbeiten die Entstehung des Vorfalls, weshalb er überwiegend häufiger bei der niederen Volksklasse als bei wohlhabenderen Leuten ist.

Die Schwangerschaft verläuft in der Regel bis zum rechtzeitigen Ende. Die vorgefallene Gebärmutter belästigt die Frauen durch Reibung an den Oberschenkeln oft in hohem Grade; Harnbeschwerden, Schmerzen im Unterleib, träger Stuhlgang. — Die Geburten sind meistens Schädelgeburten; sie verlaufen in der Regel nicht natürlich, sondern werden durch die Kunsthilfe vollendet. Der Grund davon ist ein zu langer Geburtsverlauf wegen nur sehr allmälig erweiterbarer Muttermundsöffnung. Wird die Kunsthilfe nicht zweckmässig geleistet, oder gänzlich unterlassen, so tritt leicht eine Ruptur des prolabirten unteren Uterinsegmentes ein.

Die Diagnose ist dann mit Sicherheit zu stellen, wenn man an dem unteren Theile einer aus der Schamspalte ragenden Geschwulst

die Muttermundsöffnung findet. Ob der vorgefallene Uterus sich in nicht schwangerem Zustande befindet, oder ob eine Schwangerschaft in den ersten Monaten besteht, wird selten mit Gewissheit zu entscheiden sein. In den späteren Schwangerschaftsmonaten und während der Geburt stösst die Diagnose des Vorfalls der schwangeren Gebärmutter auf keine Schwierigkeiten.

Die Prognose ist im Allgemeinen eine günstige, da, wie erwähnt, die vorgefallene schwangere Gebärmutter sich in den ersten Schwangerschaftsmonaten meist spontan zurückzieht, oder doch reponirt werden kann, und in den Fällen, wo der Vorfall noch während der rechtzeitigen Geburt vorhanden ist, bleibt sie für die Mutter günstig, trübt sich aber für die Kinder. Ungünstig ist sie bei Einklemmungen des vorgefallenen schwangeren Uterus und bei zu früh erwachter Geburtsthätigkeit, aber auch in diesem letzteren Falle mehr für die Kinder als die Mutter.

Der Arzt muss die Tendenz des vorgefallenen Uterus, sich in den ersten Schwangerschaftsmonaten zurückzuziehen, durch ruhige Lage der Mutter und Verbot aller anstrengenden Arbeit fördern, wo die Absicht aber nicht gelingt, die Reposition vornehmen. Der Anwendung der Pessarien spricht Verf. warm das Wort, indem er keine einzige Beobachtung kennt, wo sie die in den Lehrbüchern so befürchtete Frühgeburt erzeugt hätte, in allen ihm bekannten Fällen aber ihr Gebrauch vom besten Erfolge war. Nur bei plötzlich während der Schwangerschaft entstandenen Vorfällen, die vor derselben nicht bestanden hatten, ist Vorsicht in der Anwendung der Pessarien anzurathen. — Wo die Reposition nicht gelingt, empfehlen Kilian und Scanzoni Suspensorien ähnliche Binden. — Verf. schliesst sich Scanzoni an, in der Behauptung, dass bei Incarcerations-Erscheinungen des vorgefallenen schwangeren Uterus künstlicher Abortus hervorgerufen werden müsse. — Tritt die Geburt rechtzeitig ein, wird aber ihr Verlauf durch den Vorfall retardirt, so sind nach Verf., sobald von Seiten der Mutter und des Kindes Indicationen gegeben sind, die Geburt zu beendigen, Incisionen in den Gebärmutterhals von der Ausdehnung eines Zolles vorzunehmen. Geht die Austreibung des Kindes auch jetzt noch nicht rasch genug vorwärts, so greife man bei vorliegendem Kopf zur Zange, oder unter geeigneten Verhältnissen zur Extraktion. Bei diesen Operationen ist es zweckmässig den Uterus durch die Hände von Gehülfen zurückhalten zu lassen. — Die Entfernung der Nachgeburt soll sehr vorsichtig geschehen, indem man bei noch nicht vollständig erfolgter Lösung der Placenta durch Zug an der Nabelschnur den Vorfall leicht vergrössern, ja selbst eine Inversio uteri erzeugen könnte. Nach der Geburt reponirt man den Vorfall, gelingt dies aber nicht, so lasse man ihn bis nach Heilung der Wunden fortbestehen, die durch ein zu häufiges Manipuliren nicht gefördert wurde. Fällt der reponirte Uterus nicht mehr vor, so befördere man die Entleerung der Lochien und des Wundsekretes durch Injektionen, und suche nach Heilung der Wunden den Uterus durch Pessarien im Becken zu fixiren

Mittel, um die bei Abortus im dritten oder vierten Monate oft schwere Extraktion der Placenta zu erleichtern; von Lizé (Gazette des Hôpitaux Nr. 117, 1860).

Das Zurückbleiben der Placenta bei frühem Abortus ist häufig, und obzwar Velpeau in diesen Fällen das Secale cornutum als Hauptmittel anpreist, so ist doch L. derselben Meinung wie Caseaux und Pajot, dass die Anwendung dieses Mittels nicht immer von Erfolg gekrönt werde. Oft lässt sich wegen der Kontraktion des Cervix nichts anderes thun, als die Uterusdouche anzuwenden um den Muttermund zu erweitern; ist eine heftige Hämorrhagie da, so wäre diese zu bekämpfen. In vielen Fällen ist aber, wenn der Arzt früher gerufen wird, der Muttermund noch nicht gänzlich geschlossen und ein Stück Placenta ragt aus demselben hervor. Man versuche dann, sagt L., das hervorragende Stück mit den Fingern zu fassen und so die Placenta zu extrahiren; genügen die Finger nicht, so wende man die Abortuszange von Levret an. Führen diese Manipulationen nicht zum Ziele, so wende man das Secale cornutum an, gebrauche aber die Vorsicht, den Zeigefinger in den Muttermund zu legen, damit sich dieser durch die angeregte Kontraktion nicht verschliesse und so die Placenta erst recht zurückhalte.

Ist aber der Arzt vom Beginne des Abortus an zugegen, so hält L. Baudelocque's Rath, nach Abgang der Frucht ohne Placenta den Zeigefinger in den Muttermund zu führen, um dessen vorzeitige Kontraktion und die Zurückhaltung der Placenta zu verhindern, für sehr zweckmässig. L. führt auch mehrere Fälle zur Bestätigung seiner Behauptungen an.

Schwierige Diagnose zwischen Schwangerschaft und Bauchgeschwulst; von C. Crost. (Lancet Nr. 4, 1860.)

Folgender Fall ist bemerkenswerth, wegen der grossen Schwierigkeit in der Entscheidung zwischen Schwangerschaft und Tumoren im Bauche.

N., 42 Jahre alt, war 19 Jahre verheiratet, kinderlos und erfreute sich keiner vollständigen Gesundheit, indem sie oft von einem Leberleiden heimgesucht wurde. Vor einigen Jahren erhielt sie einen Stoss in die rechte Lumbal - Gegend. — Den 13. September des Jahres 1858 klagte sie über eigenthümliche, noch nie empfundene Gefühle in der Gegend des Uterus; die Katamenien flossen, obwohl spärlich, bis vor zwei Monaten, wo sie gänzlich sistirten; die Brüste nach ihrer Angabe gefüllt und schmerzhaft, in der untern Bauchgegend hatte sie eine Geschwulst bemerkt.

Als Cr. die Kranke am 15. untersuchte, fand er die Brüste gefüllt, empfindlich gegen jede Berührung. Der ganze Bauch gespannt und tympanitisch, unter dem Schambogen eine faustgrosse, genau umschriebene Geschwust von der Gestalt einer Orange, die sich beinahe in der Medianlinie des Bauches, aber dennoch etwas nach der linken Seite geneigt, befand.

Die Untersuchung per rectum musste auf Ansuchen der Patientin unterbleiben. Mit Hilfe des Stetoskops vernahm man ein eigenthümliches Geräusch, das an die Placental-Geräusche erinnerte.

Bis zum 9. Oktober, wo Cr. mit einem Arzte konsultirte, war die Geschwulst bedeutend gewachsen, ragte aber jetzt in die linke Seite hinüber. Sie war vollkommen beweglich.

Einige Tage später um die Zeit, in welcher sich der Monatfluss einstellen sollte, wurde sie von heftigen Uterinalschmerzen befallen, nach deren Schwinden die Geschwulst an Umfang zugenommen zu haben schien. Man konnte sie jetzt unter dem Nabel fühlen. Das erwähnte Geräusch konnte mit grösster Deutlichkeit wahrgenommen werden, und stellte sich unzweideutig als synchronisch mit dem Puls heraus, Herztöne jedoch konnten nie entdeckt werden.

Am 2. Dezember trat, ohne dass Patientin je Merkur genommen hätte, Salivation ein.

Den 5. Dezember untersuchte sie Cr. zum ersten Male per vaginam, da die Kranke eine solche Exploration bisher nicht gestattet hatte. Der Cervix war verkürzt, der Muttermund geöffnet, die Lippen geschwollen, und hinter der Symphisis war eine harte, einem Kindskopf nicht unähnliche Geschwulst zu entdecken. Um diese Zeit trat auch die sonderbare Erscheinung auf, dass Alles, was Patientin zu sich nahm, mit Ausnahme von kaltem Wasser, ihr sauer schmeckte. — Mehrere anerkannt tüchtige Aerzte, welche die Kranke untersuchten, konnten es nicht entscheiden, ob eine Schwangerschaft oder eine Geschwulst hier vorhanden war.

Am 17. nahm Cr. abermals eine Untersuchung vor. Der Bauch war in seinem ganzen Umfange gewölbt. Auf der rechten Seite ragte eine Geschwulst bis an den Rippenbogen, aber bei der Auskultation vernahm man jetzt nicht nur das schon angegebene Geräusch, sondern ganz deutlich Töne, die den Foetaltönen entsprachen. Wenn man die Geschwulst drückte, nahm man deutliche Bewegungen wahr, wie sie im schwangeren Uterus vorkommen. Es war nun keinem Zweifel mehr unterworfen, dass eine Schwangerschaft vorhanden war, welche Ansicht auch alle Aerzte unter sich theilten. Der Verlauf rechtfertigte auch diese Ansicht, denn am 10. März kam die Frau unter heftigen Schmerzen, wahrscheinlich verursacht durch eine konstringirende Narbe am Anus, mit einem Mädchen nieder.

Tod in Folge eingedrungener Luft in die Uterinvenen während der Anwendung der Douche; von Depaul. (Gaz. de Hôp. Nr. 91, 1860.)

Die erste Entbindung bei der Patientin konnte der hochgradigen Missstaltung des Beckens wegen nur durch Kunsthilfe beendigt werden, indem man die Perforation des Kindes zur Rettung der Mutter vornahm. In der zweiten Schwangerschaft versuchte man die Frühgeburt im achten Monate durch die Uterindouche einzuleiten, aber auch jetzt musste man zur Perforation schreiten. Heftige Peritonitis folgte diesem Eingriff. Die Mutter aber genas wieder. Eine dritte Schwangersckaft wurde durch einen Abortus im dritten Monate glücklich beendet. In der vierten Schwangerschaft entschloss sich D. die Frühgeburt durch die Douche im siebenten Monate einzuleiten. — Die elastische Kanüle wurde einen Centimètre vom Muttermund gehalten, als man ein eigenthümliches Geräusch gleich dem, wenn Luft eindringt, vernahm. Nachdem man den Apparat untersucht und sich überzeugt hatte, dass er überall wohl erhalten war, setzte man die Operation fort; doch das Geräusch liess sich auf's neue vernehmen. Man hörte gleichsam ein Gurgeln in der Vagina, worauf die Patientin über Unwohlsein klagte. D. zog die Kanüle heraus und gestattete der Kranken herum zu gehen, doch als sie sich erhob, sank sie nieder, und nach zwölf Minuten, während welcher Zeit man vergebens trachtete, sie in's Leben zu rufen, war sie eine Leiche.

Man versuchte nun durch den Kaiserschnitt wenigstens das Kind noch zu retten, und legte den Uterus blos, aber statt der gewöhnlich dunkel schwärzlich-rothen Farbe war er blass mattroth. Aus einem Einschnitte quoll

blutiger Schaum hervor, und als man bis in die Höhe vorgedrungen war, zischte zwischen den Wundrändern Luft hervor, die sich zwischen den unverletzten Eihäuten und der Uteruswand befand. Die Placenta war zum Theil abgelöst, und als man sie gänzlich trennte, platzten zahlreiche Luftblasen, die zwischen ihr und der Innenseite der Gebärmutter eingeschlossen waren.

Die theilweise Lösung der Placenta muss nach D. schon früher bestanden und so die Möglichkeit des Eindringens von Luft und Wasser in die Uterinvenen erzeugt haben. — Auf welche Weise die Luft in das Instrument drang, ist ein Räthsel, da dasselbe sich bei einer nachträglichen Untersuchung als vollkommen intakt erwies.

Multiloculäre Ovarialcyste dreimal punktirt. Ovariotomie. Adhäsion an die Leber. Vollständige Heilung; von Spencer Wells (Gaz. d. Hop. Nr. 140. 1860.)

Sp. W. sah die Kranke zum erstenmale im J. 1858. Sie war damals 28 Jahre alt, 7 Jahre verheiratet und hatte 3 lebende Kinder, das letzte vor 2 Jahren und 3 Monaten. Geburt und Wochenbett verliefen jedesmal ohne Störung. Nach ihrer letzten Entbindung bemerkte sie, dass ihr Bauch sich nicht verkleinerte, ja dass er sich im Gegentheil stetig vergrösserte. Im März des genannten Jahres wurde sie von einem Arzt zum erstenmale punktirt. 18 Litre klarer Flüssigkeit wurden dazumal entleert. Eine zweite Punktion im Monate Juni förderte 17 Litre einer dicklichen Flüssigkeit zu Tage.

Sechs Wochen darauf befand sie sich in London und litt schon sehr viel von den neuerdings angehäuften Flüssigkeiten. Die Periode fehlte seit eilf Wochen, die Respiration war sehr erschwert. Durch eine dritte von W. vorgenommene Punktion wurden 14 Litre einer dicken Flüssigkeit entfernt. Nach Entleerung der Cyste bemerkte W. zahlreiche kleine Säcke in der rechten Seite.

Da sich die Cyste neuerdings füllte, und die Patientin ausdrücklich wünschte, durch eine Operation von ihr befreit zu werden, so unternahm sie W. am 11. August 1858.

Eine kleine Inzision in die Bauchwandungen genügte nicht, da die Entfernung des Hauptsackes durch die Adhäsion der kleineren Säcke an die Wandungen selbst unmöglich wurde. W. sah sich desshalb genöthigt, den Einschnitt zu erweitern und die Cyste zu spalten; die oben erwähnten nach rechts gelegenen Cysten standen überdies mit der untern Fläche der Leber und der Gallenblase im Zusammenhang, und es musste desshalb bei der Isolirung die grösste Vorsicht angewendet werden. Der Stiel wurde in vier Theilen mit Hülfe eines Fadens zwischen den Mundlefzen befestigt, bevor die Wunde zugenäht wurde. — Die Cyste allein wog 5 Unzen, ihr Inhalt 29 Pfund.

Die Nacht nach der Operation schlief Patientin ruhig, und befand sich am kommenden Morgen recht wohl. Es wurde ihr Opium verabfolgt und dreimal des Tages die Blase entleert.

Den dritten Tag begann die Wunde zu vernarben. Der Puls war bisher stets zwischen 120 und 140; jetzt sank er auf 100. Am achten Tage konnte die Patientin sich schon aufsetzen und stricken. — Am neunten Tage war der Stiel beinahe schon vollständig abgestorben, und die Kräfte der Kranken begannen von nun zusehends an zu wachsen.

Sechs Monate später besuchte sie der Arzt, der zuerst die Punktion an ihr vorgenommen hatte; er fand sie vollends wohl, ja sie war ihrer Vermutung nach auf's neue Mutter.

Symptomatologie, Wesen und Behandlung der Rhachitis; von Dr. Jenner. (Medical Times and Gaz. März, April und Mai, 1860.)

Die charakteristische Kennzeichen rhachitischer Kinder sind nach Verf. folgende: Geistige Funktionen wenig entwickelt, Muskelkraft mangelhaft, Geist und Körper träge, Statur kurz, Schluss der Fontanellen verspätet, Gesicht klein und breit, die Haut mehr dunkel gefärbt, häufig mit flaumigen Haaren versehen. Der Zahnungsprozess kommt bei solchen Kindern spät, ebenso das Vermögen zu gehen und zu sprechen, die Zähne fallen leicht heraus.

Die mit Rhachitis einhergehenden pathologischen Prozesse sind : Erweichung der Knochen, Erweiterung der Enden der langen und Verdickung der breiten Knochen und die daraus folgenden Deformitäten, Hypertrophie der weissen Masse des Gehirns, chronischer Wasserkopf, Kollapsus der Lungen, Laryngismus stridulus, Krämpfe, albuminoide Infiltration der Leber, Milz, Lymphdrüsen und anderer Organe.

Was die Vergrösserung der Epiphysen der langen Knochen anlangt, so ist dieselbe an der auffälligen Dicke und Breite aller Gelenke leicht zu erkennen; die Knorpellage an den Epiphysen ist oft $^1/_4$—$^1/_2$" dick, während sie im normalen Zustande kaum die Dicke von $^1/_2$''' beträgt. Das Periost des ganzen Knochen ist gefässreicher und dicker.

Die Erweichung der Knochen fand Verf. oft in dem Maasse, dass die im gesunden Zustande stärksten Knochen durch die mindeste Last gebogen und mit einem Messer leicht zerschnitten werden konnten.

Die erdigen Bestandtheile fehlen und während nach vergleichender Analyse bei gesunden Kindern die Knochen 37 % organ. auf 63 % anorganischer Bestandtheile enthalten, haben die rhachitischen 79 % org. auf 21 % anorg. Bestandtheile.

Die Verdickung der breiten Knochen leitet Verf. von der Verdickung des Periosts her, bei den Schädelknochen ist die Verdickung an den Nähten am meisten zu fühlen.

Was die Deformitäten betrifft, so findet man den Rücken mehr gebogen, die vordere Konvexität am Halstheile der Wirbelsäule grösser, das Gesicht mehr nach oben gerichtet, der Kopf fallt mehr nach rückwärts, namentlich wenn die Muskelschwäche gross ist.

Die Krümmungen der einzelnen Gliedmassen sind nach des Verf. Beobachtungen folgende:

Der Oberschenkel ist nach vorne und auswärts mehr konvex, die Tibia nach auswärts; durch das Körpergewicht wird die normale Krümmung dieser Richtung vergrössert. Der Ober- und Vorderarm sind ebenfalls nach innen konkav, nach aussen mehr konvex. Die S-förmige Krümmung der Schlüsselbeine ist auffallend vermehrt.

Am wichtigsten ist die Formveränderung des Thorax rhachitischer Kinder.

Der Rücken ist flach, wo die Dorsal- und Seitengegend zusammenstossen, bilden die Rippen einen spitzen Winkel. Das Sternum liegt sehr nach vorne, die Rippen bilden keinen Bogen, um zu demselben zu gelangen. Der Durchmesser von vorne nach hinten ist sehr gross, wo die Rippen mit den Knorpeln zusammenstossen sind erstere verdickt und bilden Hervorragungen; oben und in der Mitte sind an beiden Seiten Gruben.

Die Hauptursache dieser Deformitäten liegt nach J. in dem Luftdrucke; bei der Inspiration steigt das Diaphragma abwärts, die Rippen werden in die Höhe gezogen, der Brustkorb erweitert sich und die Luft tritt durch den Larynx in die Lungen ein; sind aber die Wände des Brustkorbes sehr nachgiebig, so geben diese dem äussern Luftdruck nach, und zwar am meisten in der Mitte und oben, unten widerstehen Leber und Milz dem Einsinken der Rippen. — Emphysem der Lungen ist in Folge der erschwerten Respiration häufig; dagegen Tuberkulose nur ausnahmsweise.

Die rhachitische Thorax hat immer dieselbe Form, nicht so das Becken. Man behauptet zwar allgemein, dass das osteomalacische Becken dreieckig, das rhachitische mehr oval sei, Verf. fand jedoch auch letzteres sehr häufig von dreieckiger Gestalt.

Der Kopf Rachitischer zeichnet sich aus: 1. Durch das längere Offenbleiben der vorderen Fontanelle, welche bei gesunden Kindern vor Verlauf des zweiten Jahres zu schliessen pflegen; 2. durch die Verdickung der Knochen, namentlich an den Nähten bemerkbar; 3. durch die relative Verlängerung längs des Durchmessers des Schädels; 4. durch die Höhe, Viereckigkeit und Hervorragung des Vorderkopfes, was durch das Zurückbleiben der Gesichtsknochen im Wachsthume um so auffallender wird.

Ueber den Wachsthum rhachitischer Kinder bemerkt J., dass dieser nicht nur so lange der Krankheitsprozess dauert, sondern auch nachher gehemmt ist. (Rhachitische werden nie gross.) Der Zahnungsprozess, der bei gesunden Kindern mit dem 6—7 Monate eintritt, ist für die Erkenntniss der genannten Krankheit insoferne charakteristisch, als derselbe noch nicht im 9. Monate begonnen und ist das Kind durch keine andere Krankheit in seiner Entwicklung gehemmt, so kann man mit höchster Wahrscheinlichkeit Rhachitis vermuthen und sich durch nähere Untersuchung von dem Vorhandensein derselben überzeugen.

Rhachitis führt häufig zum Tode und zwar 1) durch die Intensität des Allgemeinleidens (jedoch selten), 2) durch Katarrh und Bronchitis; 3) durch albuminoide Infiltration namentlich der Lymphdrüsen und der Milz; 4) durch Laryngismus stridulus; 5) durch chronischen Hydrocephalus; 6) durch Konvulsionen; 7) durch Diarrhöe.

Katarrh und Bronchitis sind bei rhachitischen Kindern unzweifelhaft die häufigsten Todes-Ursachen, und zwar dadurch, dass bei der Weichheit der Rippen das kleinste Hinderniss in den Luftwegen schon hinreicht, die Respiration zu beeinträchtigen oder gänzlich aufzuheben. Die Prognose bei diesen Krankheiten, wenn sie

bei rhachitischen Kindern auftreten, richtet sich, wie Verf. bemerkt, nicht so sehr nach dem Grade der Entzündung der Schleimhäute als nach dem der Erweichung der Rippen, daher man diese zu untersuchen nicht unterlasse.

Die albuminoide Entartung der Lymphgefässe, Leber und anderer Organe ist nach des Verfs. Erfahrungen auch eine häufige Todesursache rhachitischer Kinder.

Selbe gibt sich namentlich durch Abmagerung und Blässe der Haut kund, manchmal ist dabei eine seröse Infiltration des Bindegewebes. Das Kind hat jene sonderbare, durchscheinende, wachsartige grünlich gelbe Farbe, wie man sie manchmal bei chloranaemischen Mädchen sieht. Die albuminoid entarteten Drüsen sind nicht gross, von Stecknadelkopf bis Erbsengrösse; man fühlt sie in der Leistengegend, in der Achselgrube, am Nacken; sie sind frei, beweglich, hart und schmerzlos. Die Milz ist dabei vergrössert und hart anzufühlen, beweglich, durch die Bauchdecken leicht zu fühlen. Trotz der Entartung der Drüsen und der Milz konnte Verf. bei rhachitischen keine grössere Menge von weissen Blutkörperchen im Blute finden.

Der Zusammenhang von Laryngismus stridulus mit Rhachitis ist durch die Erfahrung bestätigt. Verf. sah viele Fälle von gleichzeitigem Vorhandensein beider Krankheiten, aber nur zwei Fälle ohne Rhachitis.

Was das Wesen der Rhachitis anbelangt, so hält sie Verf. für eine Nutritionsstörung, es sind dabei sämmtliche Faktoren der Ernährung im abnormen Zustande, nur ist bei Rhachitis keine Neubildung wie bei Krebs-Tuberkeln etc., sondern nur eine Veränderung in der Quantität und Anordnung der normalen Gewebe und Sekretionen. Dies gilt nicht nur für die Knochen und Muskeln, sondern auch für die Sekretionen der Haut und der Nieren.

Wichtig ist in dieser Hinsicht die Entdeckung von Lehmann und Marchand, dass die rhachitischen Knochen beim Sieden keinen Leim geben, was in der That dafür spricht, dass die Rhachitis in einer tieferen Ernährungsstörung, als bloss in einem Mangel von Kalksalzen in den Knochen bestehe.

Der Meinung Meyer's, dass die Rhachitis mit einem entzündlichen Prozesse in dem Endo- und Periost einhergehe, kann Verf., zufolge seiner vielfachen Untersuchungen rhachitischer Knochen nicht beipflichten.

Die Behauptung, dass die Ursache der Rhachitis in einer abnormen Bildung von Milchsäure im Magen und Resorption derselben in's Blut beruhe, wird, so lange sie durch keine Thatsachen begründet wird, vom Verf. als Hypothese betrachtet.

Die Aetiologie der Rhachitis betreffend, bemerkt Verf., er kenne keinen Fall von Erblichkeit der Rhachitis, ist aber dennoch überzeugt, dass schwächliche, anaemische Mütter sehr häufig Kinder gebären, die entweder schon rhachitisch sind, oder es werden, trotzdem der Vater robust ist, und die Bedingnisse zur Gesundheit der Kinder die besten sind. Dass, wenn die Mutter stark gebaut

und gesund, der Vater aber schwach gebaut ist, die Kinder auch rhachitisch werden können, will Verf. nicht in Abrede stellen, sah aber noch keinen derartigen Fall. Die Tuberculosis der Eltern disponirt nicht zu Rhachitis. (Statistische Tabellen von Dr. Edwards scheinen jedoch für das Gegentheil zu sprechen).

Verf. sah Fälle, wo die ersten Kinder von Rhachitis ganz frei waren und die darauf folgenden mehr und mehr rhachitisch wurden; J. erklärt dies Theils dadurch, dass die Kräfte der Mutter mit der Zeit abnehmen und dass bei ärmeren Leuten mit der grösseren Anzahl der Kinder auch die Armuth und die Entbehrungen zunehmen.

Alles, was eine schlechte Blutbeschaffenheit zu erzeugen im Stande ist, wie schlechte Luft, quantitativ und qualitativ mangelhafte Nahrung, Mangel an Licht und Reinlichkeit disponirt zu Rhachitis. Auch das Säugen der Kinder über 12 Monate, ferner das Füttern der Kinder mit allen schwer verdaulichen Speisen, sind als häufige Ursachen der Rhachitis zu betrachten.

Als disponirende Ursachen der Rhachitis führt ferner Verf. Diarrhoe, Verdauungsstörungen, Missbrauch in Anwendung von Blutentleerungen, Mercur und Antimon an, Verf. warnt namentlich von dem in England so häufigen Gebrauche von Calomel, dass sogar ohne ärztliche Verordnung (als graues Pulver gekannt), von den Armen London's häufig den Kindern gegeben wird.

Die Therapie der Rhachitis besteht nach Verf. nicht in der Anwendung von Specificis, sondern in der möglichen Anwendung aller Mittel, welche eine Blutverbesserung bezwecken. Namentlich erfordert die Ernährung des Kindes grosse Aufmerksamkeit. Ist das Kind unter 8 Monaten, und nicht an der Brust aufgezogen, so hält Verf. Milch mit einem Viertel Kalkwasser verdünnt, mit der Hinzugabe von einem Theelöffel Rahm auf eine Halbe für ein zweckmässiges Nahrungsmittel; Zucker solle dabei vermieden werden. Ist das Kind älter, so kann man etwas Gerstenschleim, oder Bisquit oder Mehlbrei der Milch hinzugeben.

Später kann man auch etwas Fleischbrühe, Brod, Eier erlauben. Ist das Kind an der Brust und die Milch der Mutter zu wenig oder von schlechter Qualität, so entwöhne man es oder nehme eine andere Amme. Auch kann man dem Kinde neben der Muttermilch, Milch mit Kalkwasser vermischt geben. Dabei sind Reinlichkeit, Ventillution und Tageslicht nicht zu vernachlässigen.

Bei Fieber und Stuhlverstopfung ist ein leichtes Abführmittel angezeigt, bei Magensäure etwas Soda und Rheum. Ist kein Fieber da, so soll das Kind, vor Verkühlung wohl verwahrt, öfter in's Freie gebracht werden, wo möglich auf's Land. Stahlwein fand Verf. für eine sehr geeignete Form, rhachitischen Kindern Eisen zu verabreichen, er lässt täglich, gewöhnlich vor dem Essen 1—2 Theelöffel Stahlwein mit ½ Gr. Chinin nehmen.

Leberthran, von Bouchut gegen Rhachitis sehr gepriesen, ist zwar nicht immer, aber nach des Verfs. Erfahrungen in vielen Fällen sehr wirksam, am besten ist es nach dem Essen mit Orangensaft oder Orangenwein als Corrigens zu geben. Da die Zähne rha-

chitischer sehr schlecht sind, so gebe man ihnen die Speisen fein zerstossen.

Rhachitische Kinder von 1—2 Jahren brauchen Früh und Abends Milch, Mittags gute Fleischbrühe und eine leichte Speise.

Sind die Rippen sehr weich, so ist eine passende Bauchbinde geeignet, das schnelle Hinabsteigen des Zwerchfells bei der Inspiration zu verhindern; andere Maschinen beim Gehen sind Rhachitischen nach des Verfs. Erfahrungen eher schädlich als nützlich. Das Gehen soll möglichst vermieden werden; um es zu verhindern, wendet Verf. über die Füsse hervorragende Schienen an. Die anderen Zufälle müssen endlich durch geeignete Mittel symptomatisch bekämpft werden.

Zur Behandlung der Dentitions-Diarrhöen; von Dr. A. Wertheimber in München. (Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1. Heft 1861.)

Bezüglich der Bestimmung des Zeitpunktes, wann eine sogenannte Dentitions-Diarrhöe zu beschränken sei, lässt sich nicht leicht eine allgemein giltige Norm aufstellen; hier wie in so vielen anderen Fällen ist die Entscheidung grösstentheils von den Eingebungen des subjektiven Taktes abhängig. Im Allgemeinen müssen uns das Funktionsverhalten des Nervensystems und der Kräftezustand des Kindes überhaupt als leitende Momente dienen. Wenn die dünnen, grünlichen Stuhlentleerungen einige Zeit angedauert haben, und die mehrfach erwähnten Erscheinungen der Hirnhyperaesthesie mit den übrigen Anzeichen eines beginnenden Schwächezustandes hervortreten, dann dürfte es wohl kein Bedenken mehr erregen, gegen die Diarrhöe in passender Weise einzuschreiten; in Fallen, wo neben derselben auch zeitweises Erbrechen vorkommt, hält W. selbst ein früheres Einschreiten für gerechtfertigt.

Mit welchen Mitteln sollen wir nun — in Rücksicht auf die Dentitionsverhältnisse, auf die Anwesenheit fieberhafter Erscheinungen etc. — der fraglichen (Magen-)Darmaffektion bei übrigens gesunden Kindern entgegentreten? Als das entsprechendste Mittel für diese Fälle galt bisher ziemlich allgemein das Calomel in kleinen Gaben (gewöhnlich in Verbindung mit alkalischen Substanzen, wie Magnes. carbonica, Conchae praeparatae und dgl., eine Verbindung, welche dem in England gebräuchlichen Hydrargyrum cum creta analog ist). W. hat sich dieser Mittel gleichfalls längere Zeit bedient, und kann nicht in Abrede stellen, dass sie sich in leichteren Fällen bisweilen nützlich erweisen. Gar nicht selten aber fand er, dass das Calomel weder für sich allein, noch in der erwähnten Verbindung irgend welchen günstigen Einfluss auf die Darmaffektion äusserte. Dieser Umstand sowohl, als auch die Ansicht, dass Quecksilber-Präparate wo nur immer möglich, zu umgehen seien, bestimmten ihn, ein anderes Verfahren zu versuchen.

Die vortreffliche Wirkung der verdünnten Salzsäure bei

akuten fieberhaften Magen-Darmkatarrhen der Erwachsenen machte es dem Verf. wahrscheinlich, dass dieses Mittel auch für die in Rede stehenden Fälle geeignet sein dürfte, und die Versuche, welche er mit demselben vornahm, führten in der That zu höchst befriedigenden Erfolgen. In Fällen, wo Erbrechen zugegen war, sistirte dasselbe meist schon nach 3—4 Gaben der Salzsäure, und die Stühle nahmen in der Regel gegen den zweiten oder dritten Tag der Behandlung eine konsistentere Beschaffenheit und gelbliche Färbung an, zugleich mässigten sich die fieberhaften Erscheinungen, welche in einigen der betreffenden Fälle vorhanden waren. Die Form, in welcher W. das Mittel verordnet, ist folgende: *Rec.* Aq. flor. aurant. unc. ij. Acid muriat. dilut. gtt. XII—XV. Syr. simpl. unc. semis. M. D. S. Zweistündlich 2 Kaffeelöffel voll zu geben.

Besonders auffallend fand W. bei der Anwendung der Salzsäure das rasche Verschwinden der grünen Färbung der Stühle. In welcher Weise diese Färbung zu Stande kommt, darüber sind die Meinungen bekanntlich immer noch getheilt. Die grösste Wahrscheinlichkeit hat indess die (besonders auch von F. Betz in Schutz genommene) Ansicht, dass jene Färbung durch die Einwirkung einer organischen Säure (Milchsäure) auf das in den Faeces enthaltene Biliphaein erzeugt werde, und dass die Quelle dieser Säure nicht etwa in einer im Magen-Darminhalte sich vorbildenden sauren Gährung (wie Bednar annimmt), sondern in einer Sekretionsanomalie der Digestionsschleimhaut selbst zu suchen sei. Sollte nun vielleicht die Salzsäure vermöge der lösenden Wirkung, welche dieselbe auf die mit der Nahrung eingeführten Proteinstoffe ausübt, hiedurch zugleich die exzessive Bildung der Milchsäure verhüten, und auf diese Weise die normale Färbung der Stühle wieder herstellen? Wie sich dies auch verhalten möge, glaubt Verf., dass die Salzsäure dazu berufen ist, bei den in Rede stehenden, sowie bei den dyspeptischen Diarrhöen der Kinder überhaupt eine grössere Rolle zu spielen, als ihr bisher eingeräumt worden.

Chinin in Salbenform bei intermittirenden und remittirenden Krankheitsformen des kindlichen Alters; von Semanas (Zeitschr. f. Natur- u. Heilkunde. Dezember 1860).

S. empfiehlt in einem eigenen Werke (Traité des frictions quiniques chez les enfants) die Anwendung des Chinins in Salbenform bei intermittirenden und remittirenden Krankheitsformen des kindlichen Alters.

Diese Applikationsweise soll den Vortheil darbieten, den Verdauungsapparat, welcher im kindlichen Organismus von jeder einigermassen eingreifenden Medication in heftiger Weise berührt wird, vollständig intakt zu lassen und die Anwendung des antitypischen Mittels auch bei vorwaltenden gastrischen oder inflammatorischen Zuständen der ersten Wege zu gestatten.

Die Formel, welche S. für die Chininsalbe empfiehlt, ist folgende: R. Chinini sulphurici *drch. semis* Spir. vin. rectific. *guttas nonnullas,* Acid. sulphurici *gtt. j.,* Axung. *drch. quinque.* Misc. exactiss. f. Ungt.

Eine als „starke“ bezeichnete Chininsalbe enthält die doppelte Quantität Chinin. Die Applikationsweise wird von S. folgendermassen normirt:

Man nimmt auf die Spitze des Zeigefingers etwa wie eine starke Haselnuss gross von der Salbe und reibt diess in beide Achselhöhlen und beide Leistengegenden eine Minute lang ein; die eingeriebene Stelle muss eine halbe Stunde lang mit der aufgetragenen Salbe in Kontakt bleiben, zu welchem Ende man die Achselhöhlen mit einem eigens dazu gefertigten kleinen Kissen ausfüllt und die Schenkel gegen das Becken gebeugt erhält.

Diese Einreibungen werden stündlich oder 4—7 Mal täglich wiederholt. Alle 24 Stunden einmal müssen die Frictionsstellen mit einer aus gleichen Theilen Alkohol und lauwarmen Wassers bestehenden Mischung sorgfältig gereinigt werden.

VI. Auszüge aus grösseren Werken.

I. Zur Kasuistik des akuten Gelenkrheumatismus; von Prof. Lebert in Bresslau.

Dem Programme dieser Zeitschrift treu, bringen wir hier, nachdem wir das Werk*) in Nr. 1, 3 .. unseres Wochenblattes einer ausführlichen Besprechung unterzogen haben, einzelne interessante und lehrreiche Krankengeschichten.

1. Akuter Gelenkrheumatismus, successive Entwicklung von Perikarditis, doppelter Pleuritis, Capillarbronchitis, Icterus. Bei energischer Antiphlogose und Derivation Ausgang in Genesung.

Der folgende Fall ist in mehr als einer Beziehung lehrreich und interessant. — Einerseits tritt hier die Pericarditis fast zu gleicher Zeit auf, als der Gelenkrheumatismus, was durchaus nicht zu den häufigen Erscheinungen gehört, andererseits sehen wir doppelte Pleuritis, Capillarbronchitis und sogar beginnende Bronchopneumonie eintreten, welche aber nicht zur Entwicklung kommt. Während der intensen entzündlichen Komplikationen treten die rheumatischen Schmerzen zurück und werden erst wieder intenser, nachdem erstere abgenommen haben; aber zu keiner Zeit ist ein irgend erheblicher Erguss in den affizirten Gelenken vorhanden. So wenig L. sonst die Anwendung der Blutentziehungen irgendwie zu übertreiben pflegt, so schien ihm doch der vorliegende Fall eine sehr energische Antiphlogose durchaus zu indiziren, und jedenfalls hat der Erfolg der Therapie entsprochen. — Wir lassen den Verf. selbst erzählen:

---

*) Klinik des akuten Gelenkrheumatismus.

Der Kranke, 22 Jahre alt, Metzger hat noch seine beiden Eltern, welche gesund sind. Er selbst hat vor zwei Jahren einen Abdominaltyphus durchgemacht, sich aber sonst immer wohl befunden.

Am 12 Jänner 1857 wurde er, angeblich nach einer Erkältung, von heftigem Schüttelfrost befallen, auf welchen dann sehr bald Hitze und Fieber folgten. Am 13. traten vage Schmerzen in verschiedenen Gelenken auf, welche schon gleich von Anfang an von Dispnoe und einem Gefühl von Unbehaglichkeit in der Herzgegend begleitet waren. Der Patient hatte eine feuchte Wohnung gehabt und war auch in seinem Arbeitslokale häufigen Zugwinden ausgesetzt. Kost und Verdienst waren gut. Da in den nächsten Tagen der Zustand des Kranken sich immer mehr verschlimmerte, wurde er am 16. Jänner ins Spital aufgenommen.

Der Status praesens ergibt einen kräftigen, vollblütigen, wohlbeleibten jungen Mann, die Wangen sind dunkel geröthet, das Gesicht ist mit Schweiss bedeckt, der Blick des Kranken ist ängstlich, überhaupt bietet sein Anblick Bangigkeit und Unbehaglichkeit dar. Der Athem ist beengt, beschleunigt, 42 in der Minute. Die Herzdämpfung ist um so mehr als ausgedehnt anzusehen, als der Kranke nie vorher an Herzklopfen noch an Engbrüstigkeit gelitten hat. Die Mattigkeit beginnt schon vom zweiten Intercostalraum und geht bis zum oberen Rande der 7. Rippe, in der Quere vom rechten Rande des Sternum bis etwas nach ausserhalb von der Brustwarze, auf deren Höhe die Mattigkeit die grösste Breite erreicht. Die Herztöne sind dumpf, aus der Tiefe kommend, aber regelmässig; abnorme Geräusche hört man nirgends; der Rhythmus des Herzens ist beschleunigt, der Radialpuls ist doppelschlägig, 128 in der Minute. Der Harn ist hoch gestellt, reagirt sauer, spez. Gew. 1,020, fehlt vollkommen. Der Kranke klagt über brennenden, heftigen Durst, über bitteren Geschmack im Munde. Der Stuhl ist seit dem Beginne der Krankheit retardirt, der Kopf ist heiss, eingenommen, der Kranke fühlt sich abgeschlagen, hat dabei unruhige und schlaflose Nächte. Die Dispnoe ist noch immer beträchtlich; er klagt über dumpfen Schmerz in der Herzgegend. Die Gelenkschmerzen haben besonders ihren Sitz in der linken Hand, im linken Knie- und Fussgelenke. Die Schmerzen sind reissend, bohrend, von mittlerer Intensität, sie werden durch Druck und jede Bewegung gesteigert. Dagegen ergibt die komparative Messung mit den Gelenken der rechten Seite keine merkliche Anschwellung. Die Untersuchung der Athmungorgane zeigt nichts abnormes. (Verordnung: Ein Aderlass von 16 Unzen, wiederholte Sinapismen auf die Herzgegend, eine Lösung von 2 Drachmen Natron nitricum in 6 Unzen Wasser mit 1 Unze Syrupus Rubi Idaei. stündlich esslöffelweise. Am Morgen und Abend Einreibung der schmerzhaften Gelenke mit Fett und Einwickeln mit Watte).

Am 18 Jänner erfahren wir, dass der Kranke nach der Venaesektion sich erleichtert gefühlt, und Dyspnoe und Unbehaglickeit in der Herzgegend abgenommen haben. Am Nachmittag konnte er einige Stunden schlafen, die Nacht aber war wieder unruhig und

das Fieber nahm von neuem zu. Bei der Brustuntersuchung finden wir nach unten und hinten links in der Höhe von ungefähr einer Handbreite einen gedämpften und leeren Ton; an dieser Stelle ein schwaches Athmen ausserhalb der Brustwarze; nach unten und hinten hat der Kranke reissende Schmerzen. Die Erscheinungen in der Herzgegend sind noch dieselben. (12 Schröpfköpfe auf die untere hintere linke Brustpartie, 6 auf die Herzgegend, Fortsetzung der Nitrumlösung.)

Am 19. Jänner finden wir den Kranken noch immer in bedenklichem Zustande. Puls 124, doppelschlägig, Athemzüge 40. Die Dyspnoe hat eher zugenommen. Die Nacht war schlaflos; die Mattigkeit der Herzgegend hat jedoch abgenommen, reicht nach oben bis zum dritten Intercostal-Raume und seitlich bis zum linken Rande des Sternum. Die Herztöne sind deutlicher, weniger tief; ein Reibungsgeräusch ist nicht wahrzunehmen. Auch rechts hat sich jetzt im untern Drittel nach hinten Pleuritis entwickelt, mit Mattigkeit geschwächtem Athem und verminderter Stimmvibration. Bronhiales Athmen ist nirgends wahrnehmbar. Der Husten, der schon gestern bestanden hat, ist trocken und quälend. Stuhlgang ist in den letzten Tagen täglich einmal eingetreten. Der Harn ist noch immer etwas eiweisshaltig. Die rheumatischen Gelenkschmerzen haben etwas abgenommen. Der Kranke gibt an, dass die Athemnoth noch immer zunehme; wir finden ihn in sitzender Stellung mit dunkel gerötheten Wangen. Seitenstechen und Brustschmerzen sind ganz verschwunden. (Aderlass von 10 Unzen, 10 blutige Schröpfköpfe auf die rechte untere hintere Thoraxpartie. Fortsetzung der Solutio nitrosa.)

Am 20. hat zwar die Athemnoth abgenommen, aber die Pleuritis breitet sich rechts noch weiter nach vorn aus, und hört man ausserhalb der rechten Brustwarze ein deutliches Reibungsgeräusch. Auch nimmt man bei der Perkussion Mattigkeit 2 Querfinger über der Brustwarze wahr und das Athmen ist hier schwach. Nach hinten ist die Pleuritis rechts und links auf dem gleichen Punkte stehen geblieben, dagegen ist der perikarditische Erguss beinahe resorbirt. Die Herztöne sind hell, oberflächlich; Appetit gering. In der letzten Nacht hatte der Kranke zwei diarrhoische Stühle, Harn noch immer hochgestellt; enthält kein Eiweiss mehr; die Konjunktiva beider Augen nimmt eine deutlich ikterische Färbung an. (Man legt auf jede untere Thoraxhälfte ein grosses, 4 Zoll breites und langes Blasenpflaster und setzt der Mixtur 1 gr. Extract Opii zu). In der Nacht auf den 21. nehmen Fieber und Dyspnoe wieder bedeutend zu, der Puls steigt wieder auf 124, das Athmen auf 42; der Kranke klagt über heftigen Kopfschmerz und Schwindel, häufigen trocknen Husten. Bei der In- und Exspiration hört man überall pfeifende und schnurrende Rhonchi, ausgenommen an den Stellen, wo der pleuritische Erguss seinen Sitz hat. Der Harn ist trüb, hellt sich aber beim Erhitzen auf, die Dyspnoe nimmt zu, der Kranke kann nur in vorwärtsgebeugter Stellung athmen; der Blick ist angstvoll, der ganze Anblick ist der von suffokatorischer Dyspnoe. Am Nachmittag wird ihm ein neuer Aderlass von 12 Unzen gemacht und

Tartarus stibiatus in hohen Dosen, 6 Gran auf 6 Unzen stündlich esslöffelweise verordnet. Am 22. ist der Puls, der noch immer voll ist, auf 108 gefallen. Das Athmen ist freier, 36 in der Minute, aber in der Nacht sind in Folge des Tart. stibiat. 18 diarrhoische Stühle eingetreten. Die pleuritischen Erscheinungen haben bedeutend abgenommen. In der Gegend der rechten Brustwarze Reibungsgeräusch, sonst ist das Athemgeräusch deutlicher, die Rhonchi haben ebenfalls abgenommen; aber auf der rechten Thoraxseite sind heftige Schmerzen eingetreten, welche höchst wahrscheinlich in den Interkostalnerven ihren Sitz haben. Es wird der Tart. stibiat-Lösung 1 Gr. Extr. Opii zugesetzt und ein Vesikans auf die rechte Thoraxseite gelegt. Die Gelenksschmerzen sind ganz verschwunden. Die Diarrhoe dauert in geringem Grade fort. — In den nächsten Tagen fällt der Puls auf 96, das Athmen auf 32. Die pleuritischen Erscheinungen verschwinden, aber pfeifende bronchitische Geräusche bestehen noch in ziemlicher Ausdehnung und der Kranke wirft eine geringe Masse zähen Schleimes aus. Er hat immer noch Schmerz auf der untern rechten Thoraxparthie. Im linken Fussgelenke treten am 25. wieder heftige rheumatische Schmerzen ein. Da die Diarrhoe noch da ist, wird an diesen Tagen der Tart. stibiat. ausgesetzt.

Nachdem nun während einiger Tage der Verlauf günstiger schien, hatte der Patient am 28. wieder mehr Fieber, 120 Pulsschläge in der Minute und 32 Athemzüge, sowie auch die Dyspnoe von Neuem zunimmt. Rechts besteht noch der pleuritische Erguss fort, aber oberhalb desselben findet man jetzt eine leichte Dämpfung und sehr feinblasiges Knistern wie bei beginnender Pneumonie. Die bereits verschwundene Dyspnoe ist wieder aufgetreten und der Kranke kann nur in sitzender Stellung athmen. Es wird ihm daher ein neuer Aderlass von 12 Unzen gemacht und wiederum Tatarus stibiatus in hohen Dosen gereicht. Hierauf tritt bedeutende Erleichterung ein; die Dyspnoe lässt nach, der Puls fällt wieder auf 110. Die Nacht ist ruhig, aber schlaflos, gegen Morgen tritt ein sehr profuser Schweiss ein. Auf der rechten vorderen Thoraxhälfte sind massenhafte Sudamina. Das Knistern hinten ist verschwunden und der Ton wieder heller. In den nächsten Tagen wird er, da bedeutende Besserung eintritt, exspektativ behandelt. Der Puls fällt auf 96, 90, das Athmen auf 32. Der rechtzeitige pleuritische Erguss fängt an sich zu resorbiren. Patient hat täglich einen normalen Stuhlgang, der Harn ist beinahe normal, der Appetit kehrt allmälig zurück und so scheint mit Anfang Februar der Kranke in Convalescenz überzugehen. Indessen bestehen Reiben in der Gegend der rechten Brustwarze, Mattigkeit und schwaches Athmen im untern Viertel der Brust nach hinten und rechts noch immer fort. Die Rhonchi sind fast verschwunden. Herztöne sind normal, die ikterische Färbung ist nicht mehr vorhanden. Die rheumatische Schmerzen, welche das linke Fussgelenk verlassen hatten, zeigen sich am 4. Februar im linken Hand- und rechten Fussgelenk ziemlich intens. Am Perinaeum hat sich ein wallnuss groser Abscess

gebildet (Cataplasmen auf das Perinaeum. Emulsio gummosa mit Nitrum).

In den nächsten Tagen schwinden die Gelenkschmerzen, der Abscess im Perinaeum öffnet sich spontan und geht schnell der Vernarbung entgegen. Der Puls fällt auf 72. Nur der pleuritische Erguss nach rechts und hinten resorbirt sich langsam, ist jedoch am 19. Februar, als der Kranke das Spital verlässt, ziemlich vollständig verschwunden. Der Patient fühlt sich nicht einmal in dem Maase schwach, als man dies nach der langen schweren Krankheit und den zahlreichen Blutentziehungen hätte vermuthen sollen.

2. Akuter Rheumatismus vieler Gelenke. Besserung; unerwarteter Tod am 13. Tage. Bei der Leichenöffnung kein inneres Organ merklich erkrankt. Ecchymosen im Endocardium und in der Magenschleimhaut; Hyperämie und Gallert ähnliche Gerinnsel in mehreren Gelenken.

Ein 62jähriger Mann, Haushälter in der Spitalapotheke, mässig lebend, von ziemlich kräftigem Körperbau, hatte ausser häufigem Gliederzittern nichts Krankhaftes und war immer gesund gewesen. Seit 18 Tagen war er wegen eines akuten Gelenkrheumatismus ausserhalb des Spitals gepflegt worden. Bei seinem Eintritt am 13. März 1860 klagt er noch über reissende Schmerzen in fast allen Gelenken, welche jedoch nur einen gerin genGrad von Schwellung zeigen. Durch jede Bewegung der Gliedmassen werden die Schmerzen bedeutend gesteigert. Um viele Gelenke hatte sich der Patient Terpentinpflaster gelegt, was die genaue Untersuchung derselben erschwerte. Die Temperatur der Haut ist erhöht, der Puls beschleunigt, mässig voll, 120 in der Minute. Nichts Abnormes in den Athmungsorganen. Dämpfung und Töne des Herzens vollkommen normal. Kein Appetit, leichte Stuhlverstopfung. Urin etwas dunkler gefärbt, als im normalen Zustande, reichlich und stark sauer. (Vini Sem. Colchici drchm. sex.; Tinct. Opii crocat. drchm. semis; 3stündlich 12 Tropfen; nach Hinwegnahme der Terpentinpflaster Einreibungen mit Linimentum volatile).

Den 15. März schwitzt der Kranke reichlich, das Fieber hat etwas abgenommen, Puls 96 in der Minute; der Harn zeigt reichliche Sedimente von Uraten. Schlaf unruhig, immer noch Appetitmangel, leichte Abnahme der Schmerzen. Wegen fortdauernder Verstopfung bekommt er einen Esslöffel Ricinusöl. Nach diesem erfolgt reichliche Stuhlentleerung; die Schmerzen nehmen in den nächsten Tagen ab, der Appetit kehrt wieder; der Puls wird langsamer.

Am 18. Abends um 5 Uhr wird der Kranke plötzlich bleich, collabirt, verliert das Bewusstsein, zeigt ein mühsames tracheales Athmen, Herzschlag und Puls werden äusserst schwach, die Extremitäten kühl und trotz angewandter energischer Reizmittel, stirbt er nach 26 Stunden.

Leichenöffnung 16 Stunden nach dem Tode.

Mässige Hyperämie der Meningen. Arterien der Basis gesund, Hirnsubstanz normal, in jedem Seitenventrikel nahezu ein Esslöffel seröser Flüssigkeit. Das Herz mit seinen Häuten vollkommen normal. In den Ventrikeln findet sich ein dunkelbraunes, flüssiges Blut mit sehr spärlichen, gallertartigen Gerinnseln. Auf dem Endocardium des linken Ventrikels befindet sich unterhalb der Aortenklappen eine 5—7''' breite und 3''' hohe Ecchymose. In den Lungenarterien sind keine Gerinnsel. Milz und Leber sind gesund. Im Fundus ventriculi sieht man zahlreiche kleine Ecchymosen. Die isolirten Drüsen des untersten Theils des Dünndarms sind leicht geschwellt bis zu Linsengrösse und darüber. Die Nieren sind gesund. In den Schulter-, Fuss- und Kniegelenken ist die Synovialmembran mässig injizirt, besonders in letzterem und in diesem findet sich eine trübe Synovia mit ziemlich zahlreichen, gallertartigen Gerinnseln, welche unter dem Mikroskope nur die Charaktere des Faserstoffs zeigt. Nirgends waren Eiterzellen zu finden.

(Fortsetzung der Kasuistik folgt im nächsten Hefte.)

I. Pharmakodynamik, Toxikologie, Elektro- u. Balneotherapie.

Ueber die Wirkung und therapeutischen Eigenschaften der Digitalis; von Germain. (Gazette Hebdomadaire Nr. 42, 44, 1860.)

Auf Grundlage zahlreicher Untersuchungen über die Wirkung und therapeutischen Eigenschaften der Digitalis gelangt G. zu folgenden Schlusssätzen: 1. die Digitalis vermindert konstant die Zahl der Herzaktion. 2. Die Kontraktionskraft des Herzens wird jedoch durch sie nicht abgeschwächt (wie diess gewöhnlich angenommen wird) im Gegentheile wird dieselbe mittelbar erhöht, und es ist daher die Darreichung der Digitalis, selbst bei Zuständen, wo die Energie des Herzens vermindert erscheint, gefahrlos. 3. Die günstige Wirkung der Digitalis bei Verengung der Aorta beruht auf der Herabsetzung der Frequenz der Herzthätigkeit. 4. Die Digitalis besitzt keine diuretischen Eigenschaften. Die Angaben Withering's über die genannte Eigenschaft der Pflanze wurden ohne Prüfung angenommen. 5. Dass jedoch bei Hydropsien in Folge organischer Herzleiden während des Gebrauches der Digitalis oft eine reichliche Diurese eintritt, ist lediglich die Folge der Verbesserung der Cirkulation und nicht direkte Wirkung der Pflanze. 6. Die Digitalis übt einen bedeutenden Einfluss auf den Verdauungskanal aus. Kleine Dosen steigern den Appetit, grössere dagegen bewirken Anorexie, Erbrechen und hinterlassen oft langdauernde Dyspepsie.

Tinctura Digitalis gegen Delirium tremens; von Jones zu Jersey. (Medical Times and Gazette, September 1860) und Barker in London. (Med. Times, Dezember 1860.)

Jones wendet seit einer Reihe von Jahren die Tinctura Digitalis gegen Delirium tremens an, und zwar in der nicht geringen Dosis von 15 Grammes (etwa ½ Unze), welche nach Verlauf von vier Stunden wiederholt wird; selten ist es nöthig, noch zu einer dritten Gabe zu schreiten, die man aber dann nur halb so stark greift, als die beiden ersten. Die Digitalis, unter solchen Verhältnissen gegeben, scheint ihre Wirkung mehr auf das Gehirn, als auf das Herz zu üben; der Puls wird in der Regel statt herunterzugehen stärker und regelmässiger, der kalte, klebrige Schweiss verschwindet, die Haut wird warm. Sobald das Mittel seine ganze Wirkung entfaltet, stellt sich ein ruhiger 5—6stündiger Schlaf ein, nach welchem die Dosis wiederholt wird. Eine Vermehrung der Urinsekretion wird nicht beobachtet, dagegen zuweilen leichte Diarrhoe. Versuche

mit kleineren Gaben sind nicht rathsam, da sie eher eine Verschlimmerung herbeiführen. — Unter 70 von Jones auf diese Weise Behandelten starb nur einer, der an einer Gehirngeschwulst litt; nur dreimal versagte das Mittel und musste zu anderen Verfahrungsweisen geschritten werden. Bei keinem der früher von J. angewandten Methoden (Opium, Antispasmodica) zeigte sich ein ähnlich günstiges Verhältniss.

Barker hat nun auf Jones Empfehlung hin in einem Fall von Delirium tremens die Tinctura Digitalis mit folgendem Resultate versucht: Die erste Dosis verringerte die Zahl der Pulsschläge von 112 auf 94; die zweite, fünf Stunden später gereicht, verlangsamte abermals den wieder auf 120 gestiegenen Puls bis auf 94. Der Patient wurde jedesmal ruhiger — doch war die Ruhe nicht anhaltend und es stellte sich kein Schlaf ein; hierauf verordnete B. eine starke Dosis von Morphin, worauf der Patient einschlief. Als er nach zwölf Stunden erwachte, fühlte er sich wohl, die früher sehr umnebelten Sinne waren frei, die Antworten verständlich, die Haut warm, mit Schweiss bedeckt, der Puls 94. — Drei Tage später konnte er das Spital ganz wohl verlassen.

(Wie viel in diesem Falle der Wirkung der Digitalis und wie viel der des Morphin zu zuschreiben ist, lässt sich hier wohl schwer entscheiden. *Referent.*)

Apiol gegen Amenorrhoe und Dysmenorrhoe; von Joret. (Bulletin de Therapeutique. August 1860.)

Nach J.'s Erfahrungen soll das Apiol nicht allein die Menstrual-Funktion anregen, sondern auch dieselbe reguliren, mithin bei Amenorrhoe und Dysmenorrhoe, wenn dieselbe im Wesentlichen im Mangel allgemeiner oder örtlicher, (d. i. auf die Genitalien, namentlich Ovarium beschränkte) Nervenreizbarkeit beruht, gleich vortheilhaft wirken. Seine Anwendungsweise ist folgende: Zur Zeit, wo die Regeln eintreten sollten, wird Morgens und Abends eine Kapsel mit 25 Centigr. (etwa $3\frac{1}{2}$ Gran) Apiol genommen und dies 4—5 Tage hindurch fortgesetzt; dieselbe Behandlungsweise wird im zweiten und dritten Monate wiederholt, und nach J.'s Angaben soll es selten oder nie nöthig werden, noch ein viertes Mal zur Anwendung dieses Mittels zu schreiten. Gewöhnlich treten die Regeln schon nach der ersten Kurperiode und zwar ohne alle Schmerzen ein.

Einfluss fetter Substanzen auf die Löslichkeit der arsenigen Säure; von Blondlot (Acad. des Sciences. — Edinb. med. Journ. August 1860).

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit der Toxicologen auf die Schwierigkeit, welche fette Substanzen der Löslichkeit der arsenigen Säure in reinem, oder angesäuertem oder alkalischen Wasser entgegenstellen. Auch die geringste Berührung von Fett mit arseniger Säure

reicht nach den zahlreichen Versuchen des Verfassers hin, um deren Löslichkeit bis auf den zwanzigsten Theil der Menge zu reduziren, die ohne Dazwischenkunft des Fettes gelöst würde. Da weder Säuren noch starke Basen einen Einfluss auf diese Verhältnisse üben, so schliesst der Verfasser daraus, dass es sich hier um keine chemische Verbindung der arsenigen Säure und des Fettes handle, sondern dass dieses jene mechanisch binde, und so vor der lösenden Wirkung des Wassers schütze. Diese Thatsachen erklären es, warum die Untersuchung auf arsenige Säure in flüssigen Speisen oft vergeblich war, wenn diese Fett enthielten, warum die Säure, in Pulverform genommen, oft ohne schädliche Folgen blieb, da die Fette im Magen ihre Lösung verhinderten. Interessant ist in dieser Beziehung die von Morgagni verzeichnete Erzählung, der zufolge es in seiner Zeit nicht selten geschah, dass Gaukler grosse Dosen von Arsenik ungestraft zu sich nahmen, da sie vorher viel Milch und Fett genossen hatten.

Diese Versuche zeigen nun deutlich, dass bei Vergiftungen mit der in Rede stehenden Substanz Milch und Fette als wahre Antidota wirken.

Fall von Argyria; von Gamberini. (Journal de Médecine de Bruxelles, Dezember 1860. — Med. Central-Zeitung, Jänner 1861.)

Gamberini berichtet folgenden, seiner Ursachen und Symptomatologie wegen bemerkenswerthen Fall von Argyria:

Eine 58jährige Frau, Witwe und Mutter mehrerer Kinder, zwar schwächlich, aber sonst einer dauerhaften Gesundheit sich erfreuend, bemerkte im Jahre 1857, dass ihre Haare ergrauten, und versuchte diese Wirkung des beginnenden Alters durch den Gebrauch einer mit Höllenstein zusammengesetzten Pommade, welche sie alle vierzehn Tage anwendete, unsichtbar zu machen. Im Januar 1860 traten die Folgen dieses kosmetischen Verfahrens hervor; es stellten sich Dyspnoe und Herzklopfen ein, auf welche bald Oedem der unteren Gliedmassen und Ascites folgten; die Kräfte schwanden und die Patientin war gezwungen, das Bett zu hüten. Nach Verlauf eines Monats war das Oedem der unteren Extremitäten beseitigt, dafür aber eine schiefergraue Hautfärbung in diesen Theilen aufgetreten, welche sich ebenso wie der Ascites dauernd erhielt. Als die Kranke am 15. Juni 1860 in das Hospital aufgenommen wurde, bot sie folgende Erscheinungen dar: Die Hautbedeckung der Beine zeigte ausser der erwähnten schiefergrauen Färbung eine Härte und Spannung, welche es unmöglich machten, die Haut in Falten aufzuheben, so dass sie ganz die Charaktere des braunen Sklerems an sich trug; nichts desto weniger war die Empfindung, die Temperatur und die Transpiration der Haut an diesen Theilen normal. Die Beine waren durch Muskel-Retraktion halb gegen die Oberschenkel gekrümmt und befanden sich in einem Zustande so hoher Abmagerung, dass sie wie Mumienbeine aussahen. Am oberen Theile der Brust und an den Händen zeigte sich eine nur schwach ausgesprochene braune Färbung. Die Auskultation des Herzens und der Arterienstämme ergab die Zeichen einer beginnenden Anämie. Alle organischen Funktionen gingen übrigens regelmässig von Statten; der Ascites hatte einen nur geringen Grad und der Harn, der in normaler Quantität und ohne Beschwerden gelassen wurde, zeigte auch in seiner Beschaffenheit nichts abweichendes. Beim ersten Anblick der eigenthümlichen Hautfärbung konnte man über die Natur derselben in Zweifel gerathen und namentlich an Morbus Addisonii denken; indess leitete die charakteristische Färbung der Haare und der Kopfhaut bald auf die richtige Spur, und ergab sich das oben erwähnte Sachverhält-

niss. Es war hier durch den Gebrauch einer Höllenstein-Pommade derselbe Effekt hervorgerufen worden, welcher in anderen Fällen durch den inneren Gebrauch des Argentum nitricum erfolgt. Dass in der That eine Ablagerung von Höllenstein unter der Epidermis erfolgt war, wurde auch dadurch konstatirt, dass bei wiederholtem Kontakt mit Jodkalium-Lösung die Hautfärbung entschieden heller wurde. Der Ascites war unstreitig auf den anämischen Zustand zu beziehen, der seinerseits in der schädlichen Wirkung des Höllensteins seine Bedingung fand.

Die Heilaufgabe war, das Silbersalz in eine farblose und unlösliche Verbindung, wie etwa das Jodsilber, umzuwandeln, und dadurch seine Entfernung aus dem Organismus zu begünstigen. Die innere Anwendung von Jodnatrium und der Gebrauch warmer Bäder hatten in der That einen überraschenden Erfolg, und nach etwa einmonatlicher Anwendung dieses Kurverfahrens befand sich die Kranke in folgendem Zustande: Die tiefdunkle Schieferfärbung der unteren Extremitäten war eine leicht bräunliche geworden, die Haut war weicher, die Muskeln hatten ihre Retraktion verloren und gestatteten die Streckung der Beine. Die hellbraune Färbung der Brust und der Hände war ganz geschwunden; der Ascites bestand zwar noch, war aber wesentlich gemindert; die anämischen Symptome waren durch die reichliche und substanzielle Diät, welche der Kranken verordnet worden, sehr in den Hintergrund getreten. Die Patientin war mit ihrem Zustande so zufrieden, dass sie eine weitere Vollendung der Kur nicht abwarten wollte und das Hospital verliess.

G. fügt der Erzählung dieses Falles einige diagnostische Bemerkungen hinzu: Bei der in Rede stehenden Kranken konnte man die von Lelut gemachte Beobachtung, dass die abnorme Färbung ihren Sitz im Corium habe und die Epidermis frei bleibe, konstatiren. Hierin unterscheidet sich die Hautalteration sehr bestimmt von der durch den äusserlichen Kontakt mit Höllenstein producirten, bei welcher die Epidermis zunächst betroffen wird. Den Grund dafür, dass bei dem inneren Gebrauche des Höllensteins oder bei Absorption desselben ausschliesslich das Corium gefärbt werde, sucht G. in dem Umstande, dass die Epidermis keine Gefässe habe, welche das Silbersalz zuführen und ablagern könnten; so sei auch bei den Negern die Epidermis pigmentfrei, weil das Pigment ein aus den Hautgefässen deponnirtes Produkt sei. Ohne allzu grossen Werth auf diese Hypothese legen zu wollen, dürfte doch die Thatsache selbst von wesentlicher diagnostischer Bedeutung sein, in soferne sie ein Mittel an die Hand gibt, die Färbung der eigentlichen Argyria von der durch blossen äusseren Höllenstein-Kontakt mit Bestimmtheit zu unterscheiden.

Von dem Morbus Addisonii unterscheidet sich die Argyria, abgesehen von den ätiologischen Verhältnissen durch folgende Momente: Bei Bronzed-Skin variirt die Färbung zwischen Bronze und Schwarz, während sie bei Argyria schiefergrau mit einem Stich in's Röthliche ist. Wäscht man bei Argyria die Haut mit einer Jodlösung, so zeigt sich eine entschiedene Farbenveränderung, was bei Bronzed-Skin natürlich nicht der Fall ist. Bei der Chromhydrose wird die schwarze Hautfärbung von einer fettigen Schicht gebildet, welche leicht zu entfernen ist; beim Melasma (Pityriasis nigra Willan) findet an der pigmentirten Stelle stets Abschuppung statt, so dass eine Verwechslung dieser Affektionen mit Argyria nicht vorkommen kann.

Ein Fall von Opiumvergiftung nebst Bemerkungen über deren Behandlung; von Dr. Beaupoil (d'Ingrandes.) (Gazette des Hôpitaux Nr. 5, 1861.)

In den Apotheken werden Opiumpräparate auch ohne ärztliche Verordnung verabreicht. Dadurch wird es leicht möglich, Missbrauch mit demselben zu treiben, was um so mehr zu berücksichtigen, weil die Opfer desselben meist Kinder im zartesten Alter sind. Das Opium spielt nämlich in den sogenannten Schlafpulverchen und Schlaftränklein, welche man unruhigen Säuglingen eingibt, die Hauptrolle und welch' schwere Zufälle durch dieselben herbeigeführt werden können, beweist folgende Beobachtung:

Dem Verf. wurde ein ungefähr einen Monat altes Kind gezeigt, das scheinbar unfähig war zu empfinden oder sich zu bewegen, einen trostlosen Anblick darbot. Die Gesichtsfarbe desselben war bläulich, die Zunge vorgestreckt zitternd, Augenlider infiltrirt, halbgeschlossen, Augapfel stark nach oben gewendet, Pupille auf ein Minimum reduzirt. Puls fast nicht zu fühlen, Respiration äusserst schwach, Herztöne kaum hörbar, Extremitäten kühl, Bauchwand nachgiebig und beim Betasten desselben entleert das Kind eine ziemliche Quantität Urins, öffnet ohne jedoch zu schreien die Augen, und da bemerkt man auch, dass es schiele, was es sonst nie that. Die Mutter des Kindes erzählte, dass sie ihm, auf Anrathen, zur Beruhigung einige Tropfen eines Tränkleins eingegeben, welches durch Abkochen eines Mohnkopfes im Wasser gewonnen wurde, und als diese nicht wirkten, habe sie die Gabe bedeutend verstärkt. Es geschah diess um drei Uhr Morgens; das Kind schlief hierauf in der That durch einige Stunden ganz ruhig fort, aber nun wollte es gar nicht mehr erwachen. — Verf. bekam das Kind um 11 Uhr Vormittags zu sehen, und überzeugt, dass er es hier mit einer Opiumvergiftung zu thun habe, verordnete er demselben im Zeitraume von je 5 Minuten ein Löffelchen von sehr starkem Kaffee einzuflössen, ferner liess er die erkalteten Glieder des Kindes in warme Linnen einhüllen und demselben auch ein Klystir verabreichen dem 10 Gramm sckwefelsaures Natron beigefügt wurden. Am Mittag hatten die Respirationsbeschwerden und die Pulsverzögerung noch zugenommen, die sonstigen krankhaften Erscheinungen waren dieselben. Kaffe wurde fortgesetzt, ein zweites und nach zwei Stunden ein drittes Klystir angeordnet. Nun trat Erleichterung ein; um vier Uhr Nachmittags war der Puls frequenter, Respiration leichter, auch die sonstigen krankhaften Zufälle weniger deutlich ausgesprochen, das Kind schrie zwar noch nicht, zog aber doch schon beim Kneipen das Bein zurück. Der Kaffee wurde jetzt ausgesetzt und an die Stelle desselben folgendes Medikament verordnet: Aqua dest. 100 Grammes (3 Unzen), Jodkali $^1/_4$ Gramm (3 Gran), Tinct. jod. gutt. 5, Camph. alcohol. gutt. 2. Alle zehn Minuten ein halbes Löffelchen zu reichen.

Auf die erste Dosis fing das Kind zu schreien und sich zu bewegen an; gleichzeitig wurde der Puls schneller, die Pupille weiter. Um 8 Uhr Abends zeigte sich bedeutende Besserung, um Mitternacht schlief das Kind, bei dem mittlerweile mehrere Stuhlentleerungen erfolgt waren, ruhig und natürlich. Am anderen Morgen war an demselben nur mehr eine auffallende Schwäche zu beobachten; es nahm gut die Brust und erholte sich bei zweckmässiger Pflege bald vollständig.

Verf. macht besonders auf die günstige Wirkung der Tinctura jodo-camph. aufmerksam und meint, dass das leicht absorbirbare Jodkali jodat. die Morphinsalze zerlege und leichter eliminirbar mache, während der Kampher der narkotischen Eigenschaft des Opium entgegenwirke. Jedenfalls ist dieselbe bei der Behandlung von Opiumvergiftungen neben dem schwarzen Kaffee zu berücksichtigen.

Elektrische Behandlung der Hyperaesthesien; von Dr. Jul. Althaus. (Die Elektrizität in der Medizin, 1860).

Wenn die Hyperaesthesie eine krankhafte Erhöhung der Sensibilität *ohne Strukturveränderungen*, oder durch Rheumatismus, oder durch Bleivergiftung bedingt ist, so kann man von der galvanischen Behandlung den besten Erfolg erwarten. Sarlandière und Magendie haben die Elektropunktur zur Tilgung hartnäckiger neuralgischer Schmerzen angewandt. Duchenne hat hiebei die Faradisirung der Haut mittelst Metallpinsel in vielen Fällen mit günstigen Resultaten in Anwendung gebracht, welche Methode jedoch ausserordentlich schmerzhaft ist. Althaus hingegen empfiehlt in Fällen von Neuralgien, die für die elektrische Behandlung geeignet sind, einen induzirten Strom von mittlerer Stärke mittelst feuchter Stromgeber durch den leidenden Nervenstamm zu senden, welche Methode sich noch in solchen Fällen hilfreich erwiesen, wo weder die Elektropunktur, noch die Faradisirung der Haut mit Erfolg vorgenommen worden war. Der dadurch entstehende Schmerz ist unbedeutend im Vergleiche zu den heftigen Neuralgien, gegen welche die Behandlung gerichtet ist. Zur Erläuterung seines Heilverfahrens führt Althaus folgende zwei Fälle an:

1. Fall. Tic-douloureux (Dolor Fothergilli), *geheilt durch Induktions-Elektrizität.*

Mistres O., 28 Jahre alt, war bis zum Mai 1857 stets gesund, zu welcher Zeit sie vollkommen durchnässt und bald darauf von heftigen Schmerzen in der rechten Seite des Gesichtes befallen wurde, wozu sich Anfangs Fieber und allgemeines Unwohlsein gesellten. Der heftige schiessende Schmerz trat in Paroxysmen auf, nach deren Ablauf die Patientin vollkommen erschöpft war. In den ersten Wochen kamen die Paroxysmen unregelmässig, etwa 4 oder 5 jeden Tag; später wurden sie intermittirend, indem nur ein Paroxysmus über den Tag zwischen 4 und 5 Uhr Nachmittags eintrat. Grosse Dosen Chinin und Arsenik wurden erfolglos verabreicht, desgleichen Calomel, Sublimat, Jodkali. Auch Vesikatoren hatten keine günstige Wirkung. Der allgemeine Gesundheitszustand der Patientin hatte bedeutend gelitten, sie ist nervös und reizbar geworden. Als Althaus die Behandlung übernahm, verkündeten immer Prodromalsymptome das Herannahen des Paroxysmus, nämlich ein Gefühl von Kitzel in der Magengrube und ein Ameisenkriechen im Gesichte. Hierauf erst begannen die Schmerzen in der heftigsten Weise, besonders am Wangenbeine, unter dem unteren Augenlide, in der Wange und dem Kinne, etwas weniger stark am Nacken und gar nicht in der Stirn und Schläfe. Dieser Anfall dauerte gewöhnlich eine halbe Stunde, ging dann allmälig in ein dumpfes Schmerzgefühl über, welches etwa 3—4 Stunden andauerte. Den folgenden Tag war Patientin stets schmerzfrei; am dritten Tage aber wiederholte sich der Anfall. Bei der Untersuchung des Gesichtes fand B. zwei von den Valleix'schen Punctis dolorosis, nämlich einen am Wangenbein, wo der untere Ast des N. subcut. malae, und einem andern an dem Foramen infraorbitale, wo der N. infraorbitalis zum Vorschein kommt; Druck auf diese beiden Punkte erregte in dem freien Intervall deutliche Schmerzempfindung. A. richtete abwechselnd auf diese beiden Punkte die Stromgeber eines sehr schnell unterbrochenen induzirten Stromes. Die erste Sitzung, die A. gerade im Beginne des Paroxysmus vornahm, erleichterte den Schmerz, ohne die Dauer des Anfalles abzukürzen. Der nächste Anfall wurde durch die Anwendung des Induktionsstromes verkürzt. Das nächste Mal zeigten sich noch Prodromalsymptome, wie gewöhnlich, aber es trat kein Anfall auf. Es wurden noch 6 weitere Sitzungen abgehalten, worauf der

Schmerz neun Monate nach dem Aufhören der elektrischen Behandlung noch nicht wiedergekehrt war.

2. Fall. Ischias, geheilt durch den Induktionsstrom.

Herr J. F. T., 35 J. alt, aus Edinburgh stets kränklich, litt lange Zeit an Sodbrennen. Vor 8 Jahren wurde ihm wegen Tumor albus der linke Oberschenkel über dem Knie amputirt; er trägt ein künstliches Bein, welches sehr schwer ist und einen bedeutenden Zug auf die linke Beckenhälfte ausübt. Vor 3 Jahren, bald nachdem er angefangen hatte, das künstliche Bein zu tragen, fühlte er zuerst Schmerz an der hintern Fläche des rechten Oberschenkels und an der Innenseite des Beines bis zum Knöchel hinab. Nachdem der Schmerz eine Zeit lang dumpf und bohrend gewesen war, wurde er scharf und stechend und der Patient war genöthigt, das Bett zu hüten. Die Neuralgie bestand in diesem Falle nicht in heftigen Paroxysmen von Schmerz, denen freie Intervalle folgten, sondern der Schmerz war kontinuirlich, wurde aber unter ärztlicher Behandlung mässiger. Die später vorgenommene Acupunktur des N. ischiadicus verschaffte ihm zwar augenblickliche Erleichterung; doch der Schmerz verliess den Kranken nie ganz und war einige Zeit nach der Operation gerade so intensiv, wie vorher. Zwei Jahre später kam er nach London, wo er auf Clark's Anrathen von A. in elektrische Behandlung übernommen wurde. Der Schmerz war damals dumpf und bohrend, wurde durch Gehen verschlimmert; auch ist der Schmerz immer sehr heftig, wenn der Patient sich zu Bette gelegt hat und wird erst gegen Morgen gelinder. Selbst starker Druck auf die Bahn des N. ischiad. hat keinen besonderen Einfluss auf die Intensität des Schmerzes. Morgens bemerkt Patient häufige, schmerzlose Zuckungen in einzelnen Bündeln der Schenkelmuskeln wie man sie bei progressiver Muskelatrophie beobachtet. Patient ist durch die Schlaflosigkeit, welche der Schmerz verursacht, etwas heruntergekommen. — A. nahm zuerst Duchenne's Verfahren der Faradisirung der Haut, mittels der Metallpinsel vor. Zwei solche Sitzungen hatten keinen Erfolg und desshalb liess A. in der dritten Sitzung einen sehr schnell unterbrochenen Induktionsstrom durch den N. ischiadicus gehen, wobei er den *positiven Pol* aussen auf die Haut, in der Nähe des Sitzbeinhöckers und den *negativen* am Knöchel ansetzte. Auf die erwähnten Punkte hielt A. feuchte Stromgeber sechs Minuten lang angepresst, und als er den Strom aufhören liess, *war der Schmerz vollkommen verschwunden.* Etwa 3 Stunden nach der Sitzung kehrte der Schmerz wieder, war aber viel gelinder wie früher. Nach drei weiteren Sitzungen war Patient genöthigt, London zu verlassen und fühlte den Schmerz nur hin und wieder, wenn er längere Zeit ging, nicht aber wenn er sass und lag. Nach 6 Wochen kam desshalb Patient wieder zu Althaus, um die elektrische Behandlung fortzusetzen. Durch sechs weitere Sitzungen wurde er vollkommen hergestellt, indem er 3—4 englische Meilen zu gehen im Stande war, ohne Schmerz zu empfinden.

Auf die oben erwähnten Muskelzuckungen hatte jedoch die elektrische Behandlung keinen Einfluss.

Ueber Balnéation à l'hydrofère; von Dr. Odachowski.

(Zeitschrift der polnischen Aerzte in Paris. Nr. 2, 1860.)

Erfinder dieser neuen Wasserkur ist ein französischer Arzt, Mathieu (de la Drôme); er ging hiebei von dem Grundsatze aus, dass die Wirkung der gewöhnlichen Bäder nicht von der Menge, sondern von der Beschaffenheit der mit dem Körper in Berührung kommenden Theile des Wassers abhängt; er konstruirte daher einen Apparat, durch welchen eine geringe Menge reiner oder mit medikamentösen Stoffen imbibirten Wassers mit einer kleineren oder grösseren Oberfläche des Körpers in Berührung gelangt. Zur Erreichung dieses Zweckes setzt Dr. Mathieu den Kranken in einen

Kasten, welcher ausser den unteren, zum Abflusse des Wassers bestimmten Löchern zwei Oeffnungen hat. Eine derselben ist oben angebracht und bestimmt, den Kopf des Kranken aufzunehmen; die andere befindet sich seitwärts und führt in eine mit mikroskopisch kleinen Löchern endigende Röhre; durch diese Oeffnung gelangt das Wasser in den Kasten als Wasserstaub. Diese Kur ist für den Kranken nicht beschwerlich und auch mit keinen bedeutenden Kosten verbunden, denn drei Mass Wasser reichen für ein einstündiges Bad hin. Prof. Hardy überzeugte sich im St. Louis-Spitale zu Paris von der Zweckmässigkeit dieser Bäder in vielen Hautkrankheiten, als: Prurigo, Ekzema, Psoriasis, Pityriasis und scrophulösen Drüsen-Anschwellungen; er empfiehlt aber jedesmal auf die Indikation, Individualität und den Temperaturgrad Rücksicht zu nehmen. Als Beispiel mögen einige der im St. Louis-Spitale gebräuchlichsten Formeln dienen:

Rp. Aq. dest. unc. septem, Kali hydrojod. unc. semis, Jodi. drachm. Als Jodbad.

Rp. Aq. dest. libr. septem, Hydrarg. muriat. corros. gr. XXX., Als Merkurialbad.

Rp. Aq. dest. unc. septem, Kali sulfurici drachmam, als Alkalibad.

Zu einem Mineralbade wurden 2—3 Flaschen Vichy, Condillac oder Challes genommen; ausserdem werden Bäder aus verschiedenen Decocten, Kräutern, Wurzeln und Stärkmehl bereitet. Was den Temperaturgrad betrifft, so wird gewöhnlich mit 40 ⁰ begonnen und man geht dann allmälig bis auf 28 ⁰ hinab.

Die Pariser Akademie bestimmte eine Kommission, bestehend aus dem Prof. Gavaret, den DDr. Patissier, Poiseuille und Henry, zur Prüfung dieser neuen Wasserkur, und diese Männer erklärten, dass dem Dr. Mathieu für seine Erfindung und dem Prof. Hardy für seine Experimente zu danken sei und ihre Arbeiten im Archiv der Akademie aufzubewahren seien.

Dr. Raciborski, Sekretär der Gesellschaft der polnischen Aerzte in Paris, vindizirt die Priorität der Erfindung dem Dr. Sales-Girons, welcher zuerst auf den Gedanken kam, das Wasser zu pulverisiren und besonders Mineralwässer zu Fumigationen bei Lungenleiden zu gebrauchen *). Viele hydrologische Anstalten besitzen derzeit solche Apparate.

II. Interne Medizin.

Krankheiten der peripheren Nerven, von Prof. Oppolzer in Wien. (W. mediz. Ztg. Nr. 43, 44, 46, 48, 50, 51, 52 1860 — und Wiener mediz. Wochenschrift 43, 44, 45, 47, 49 1860.)

(Fortsetzung.)

Von den *Neubildungen* der Nerven werden die *Neurome* am häufigsten beobachtet. Sie kommen einzeln oder zu mehreren, in

---

*) Siehe: „Ueber Inhalationskuren etc." (Jännerheft der „Revue" S. 23 u. ff.)

einem oder den meisten Nerven vor, bestehen aus unreifem, gallertartigem oder faserigem Bindegewebe, oder aus vielfach verflochtenen Nervenfasern (Virchow); sie sind von länglich-ovaler Form, hirsekorn-, hühnerei-, bis faustgross und sitzen meist seitlich, selten central im Nerven. Die Aetiologie ist unbekannt. Trauma als Ursache ihrer Entwicklung ist noch sehr zweifelhaft. Beim weiblichen Geschlechte kommen sie nach O. häufiger als bei Männern vor. Die Erscheinungen: sind zeitweilig auftretende, gegen die Peripherie ausstrahlende Schmerzen, welche einem Gefühl von Ameisenlaufen und Stumpfsein Platz machen; das Wohlbefinden der Patienten ist dabei nicht gestört oder es leidet deren Ernährung durch die heftigen Schmerzen; in einigen Fällen, wo viele Neurome auftraten, hat man auch rasche Abmagerung in den von den affizirten Nerven versorgten Theilen beobachtet. Die Diagnose ist nur dann möglich, wenn man an den Nerven die gegen Druck und selbst gegen eine kühle Luft sehr empfindlichen Geschwülste findet. — Die Therapie kann nur in Entfernung derselben bestehen.

Ziemlich häufig, obwohl selten primär, sind die verschiedenen *Carcinome* der peripheren Nerven. Sie verwachsen bald mit der Umgebung, bedingen Anfangs, doch nur kurze Zeit Reizungserscheinungen, später die der Lähmung; auch kommt es bald zu Schwellungen der Lymphdrüsen und zur Krebscachexie. Die Exstirpation ist oft wegen des tiefen Sitzes des Krebses unmöglich und wegen seiner baldigen Recidivirung meistens erfolglos.

Cysten und namentlich *Tuberkel* in den peripheren Nerven sind sehr selten.

Neuralgien. Verf. hebt vor Allem hervor, dass die verschiedenen Autoren den Begriff der Neuralgie zum Nachtheile für die Praxis verschieden weit ausdehnen. Während Valleix darunter nur die idiopatsischen Neuralgien ohne nachweisbare anatomische Veränderung im Nerven, andere auch die symptomatischen durch Entzündung oder Neubildungen der Nerven oder Affektionen in deren Umgebung bedingten begreifen: haben endlich Einige auch die Schmerzen bei Gallen- und Nierensteinen, beim Ulcus rotundum oder Carcinoma ventriculi, selbst die Hyperaesthesien bei der Meningitis spinalis oder cerebralis und Hysterie mit diesem Namen belegt. Nach Verf. müsse man jedoch immer mehr auf das Gebiet von Valleix zurückkommen, könne aber erst dann einen ganz richtigen Begriff und eine sichere Diagnostik der Neuralgien haben, wenn man die dieselben bedingende anatomische Veränderung der Nerven kennen wird.

Die Schmerzen bei den Neuralgien sind kontinuirliche oder in Paroxysmen auftretende. Die ersteren sind dumpf, drückend, zerrend, selbst brennend, werden durch Druck, oft schon durch die leiseste Berührung verstärkt, und kommen zumeist an Punkten vor, wo die Nerven aus Knochenkanälen heraustreten, wo sie Muskeln durchbohren, sich peripher in der Haut verbreiten, über Knochen verlaufen oder endlich, wo mehrere Nervenäste ein Geflecht bilden. Bezüglich der sogenannten schmerzhaften Punkte bemerkt O., dass sie nicht so konstant vorkommen, wie es Valleix angibt, nament-

lich nicht bei der typischen Neuralgia solaris, dass sie aber für die Prognose und Therapie wichtig sind, weil vor ihrem gänzlichen Verschwinden noch immer Recidiven des Leidens zu befürchten sind und weil eine Heilung am leichtesten bei Anwendung der Heilmittel in ihrer Nähe erfolgt. — Die oft äusserst heftigen in kurz andauernden Paroxysmen auftretenden lanzinirenden Schmerzen von der verschiedensten Qualität gehen gewöhnlich von den spontan oder gegen Druck schmerzhaften Stellen aus, verbreiten sich central, peripher oder nach beiden Richtungen, oder springen auch auf andere Nervenzweige über. Die Veranlassung zum Eintritte dieser Schmerzanfälle ist oft unbekannt, manchmal ist es ein Luftzug, eine Temperatursschwankung, Bewegung oder leichte Berührung des schmerzhaften Theiles.

In aetiologischer Beziehung wisse man, dass die Neuralgien Kinder sehr selten, Männer meist zwischen dem 30. und 50., Frauen zwischen dem 20. und 30. Lebensjahre befallen; ein Einfluss des Geschlechtes, der Konstitution und Lebensweise sei unbekannt; doch hat O. bei Anaemie und Chlorose, anderseits bei Menschen, die sich in feuchten oder neuen Wohnungen aufhielten, öfters Neuralgien beobachtet. Den wichtigsten Einfluss auf Entstehung und Recidiven des Leidens hat die kalte Jahreszeit; als ursächliches Moment sind Erkältungen, ferner Blei- und Quecksilbervergiftung konstatirt

Die Diagnose der wahren Neuralgie wird nach dem Verf. nur durch die Konstatirung schmerzhafter Punkte eine ganz sichere und zuverlässige, bei deren Mangel durch die dem Verlaufe der Nerven folgende Verbreitung der Schmerzen mehr oder weniger wahrscheinlich. Die Unterscheidung von Neuritis ist Anfangs sehr schwierig, bloss durch die Röthung der Haut bei oberflächlichen Nerven und durch die Kenntniss der Ursache, später aber durch die eingetretene Lähmung möglich; die Unterscheidung von Neuromen wird durch den Nachweis der Knoten gemacht, die von den sympathischen Schmerzen bei Krankheiten der Leber, Nieren, des Magens und Uterus durch eine genauere Untersuchung und durch die diesen Zuständen eigenthümlichen Symptome. Die excentrischen Schmerzen bei Krankheiten des Gehirns und Rückenmarkes kann man durch gleichzeitige Krämpfe, Lähmung oder Störung der Sinnesfunktionen und die Schmerzen beim Rheumatismus dadurch erkennen, dass sie in letzterem Falle mehr ausgebreitet und vag sind, und besonders beim Druck zunehmen.

Therapie: Die typischen Neuralgien sind durch Chinin allein oder in Verbindung mit Narkoticis oder durch die Tinctura Fowleri zu heilen. Wenn Erkältung, feuchte Wohnung oder ein Luftzug die Ursache waren, müssen diese sehr gemieden werden; bei Anaemie, Blei- und Quecksilbervergiftung muss man vor Allem gegen diese krankhaften Zustände die Therapie richten. Wenn die Ursache unbekannt ist, oder wenn sie nicht mehr behoben werden kann und die innere Medikation nichts genützt hat, ist die Resektion des Nerven zu versuchen, die einfache Durchschneidung oder Zerstörung

durch Caustica oder Glüheisen verwirft O. Unter den Narkoticis als Palliativmittel gewähren Atropin und Morphin die meiste Aussicht auf Erfolg. Weniger sicher ist die äusserliche Anwendung; die Resultate der subkutanen Injektion sind noch abzuwarten. Die äusserliche Anwendung der Anaesthetica hat nach O. selbst wenig palliative Erfolge, starke Kälte wird selten vertragen, Wärme erleichtert öfters die Leiden; dagegen hat er von kühlen Waschungen und Umschlägen zuweilen und namentlich bei Ischias bedeutende Besserung gesehen. Verf. empfiehlt ferner, namentlich bei akuten, durch Verkältung veranlassten Fällen die fliegenden Vesikatore, bei hartnäckigeren Fällen die Cauterisation transcurrente, obwohl man damit gewiss nicht so günstige Erfolge erzielt, wie Valleix angibt. Als empirische Mittel erwähnt Verf. noch der Veratrin- und Aconitinsalbe (1 Gran auf ein Drachme Fett), ferner das Oleum Therebinthinae und die verschiedenen Metallpräparate, namentlich die Meglinischen Pillen. Thermen sind erst dann anzurathen, wenn man sich im speziellen Falle von ihrer günstigen Wirkung überzeugt hat; Luftveränderung, besonders der Aufenthalt in einem gleichmässigen Klima wirken oft wohlthuend.

Nach einigen Bemerkungen über Krämpfe im Allgemeinen, über die Dunkelheit, die noch über die Vorgänge bei den Muskelkontraktionen und das Wesen der Krämpfe herrscht, stellt Verf. die Eintheilung derselben in cerebrale, spirale, Reflex- und periphere Krämpfe im engeren Sinne auf. Die Ursache der letzteren sind: übermässige Anstrengung einzelner Muskelgruppen (Schreiber- und Schusterkrampf), Erkältung, Einwirkung von Giften, namentlich vom Blei, Verwundung peripherer motorischer Nerven, Zerrung derselben durch Narben oder Geschwülste. Neuritis in ihrem ersten Stadium, konsekutive Affektion der Nerven bei Erkrankungen benachbarter Gebilde.

Die peripheren Krämpfe sind akut (Wadenkrämpfe) oder chronisch, entweder tonischer oder klonischer Natur, und nach ihrem Typus continuirlich, seltener paroxysmenartig. Sie entstehen, wie aus Versuchen mit elektrischen Strömen hervorgeht, mit dem Beginn der Einwirkung des Reizes und schwinden mit dessen Aufhören, während cerebrale und spirale Krämpfe noch auftreten, wenn der Reiz in den Centren schon aufgehört hat; jene beschränken sich ferner auf die von affizirten Nerven versorgten Muskeln und zeigen keine Coordination, während diese allgemeiner sind. Die öftere Schmerzhaftigkeit der peripheren Krämpfe hat nach dem Verf. nicht in der Kompression der die Muskeln durchsetzenden Nerven ihren Grund, weil sie sonst auch an der peripheren Ausbreitung des gedrückten Nerven auftreten müsste, sondern in der Reizung der sensitiven Muskelnerven.

Heilungen von peripheren Krämpfen sind selten, sie dauern oft Jahre lang, selbst durch das ganze Leben, am raschesten schwinden noch die Wadenkrämpfe, hingegen sind nur die im Bereiche des Accessorius öfters tödtlich. Die Therapie muss hauptsächlich eine kausale sein, nach Erkältungen ist ein diaphoretisches Ver-

fahren, nach Bleiintoxikationen, das gegen diese selbst einzuleiten. Die Durchschneidung der motorischen Nerven ist wegen der folgenden Lähmung nur beim Facialis angezeigt (um die Entstellung des Gesichtes zu heben); Kompression derselben bis zur Aufhebung der Leitung nicht ausführbar, die subkutane Durchschneidung der vom Krampfe befallenen Muskeln hingegen (Dieffenbach) noch am ehesten anzurathen.

Verf. betrachtet hierauf die Kontrakturen, worunter er bleibende Verkürzung eines Muskels durch Ernährungsstörung versteht und hebt darunter die Kontrakturen nach unzweckmässiger Anwendung der Elektrizität hervor, ferner die nach Krämpfen oder selbst nach Lähmungen durch bleibende Zusammenziehung der Antagonisten der gelähmten Muskeln oder in diesen selbst aus unbekannten Gründen entstanden.

Als Unterschied zwischen tonischen Krämpfen und Kontrakturen hebt Verf. hervor, dass erstere im Schlafe und in der Narkose aufhören, letztere aber nicht.

Eine Heilung der Kontrakturen ist nur durch chirururgische Eingriffe möglich, die von Remak durch den konstanten Strom geheilten Fälle sind nach dem Verf. wahrscheinlich nur tonische Krämpfe gewesen).

Verf. geht hierauf zur Betrachtung der peripheren Anaesthesien über, von denen er die cerebralen, spinalen und jene Anaesthesien trennt, welche durch Unmöglichkeit, den Reiz zum peripheren Nerven fortzuleiten bedingt sind (aufgehobenes oder vermindertes Sehvermögen bei Trübung der durchsichtigen Augenmedien, Taubheit bei behinderter Leitung der Schallwellen, Anaesthesien der Schleimhäute bei starkem Schleimbelege, der äusseren Haut bei Verdickung derselben).

Unter die Ursachen der Anästhesien zählt Verf. Erkältungen, Anästhetica und Narcotica, Bleivergiftung, Verletzungen und Kontinuitätsstörungen der Nerven, Druck durch Geschwülste, Entzündung nebst Atrophie und Fettmetarmophose der Nerven. Die anatomischen Veränderungen sind je nach den Ursachen verschieden, nach Erkältung und Intoxikation mit Blei oder Narcoticis sind solche gar nicht nachweisbar.

Die Erscheinungen gestalten sich je nach den Organen, welche an Anästhesie leiden, sehr verschieden: Störung der Sinnesfunktionen, Verminderung oder Aufhebung des Druckgefühls, der Temperatur- und Schmerzempfindung auf der äusseren Haut und den Schleimhäuten, der Reflexbewegung auf Einwirkung von Reizen in den Muskeln, Unvermögen, einen Widerstand oder die Art der Bewegung einzelner Muskeln genau zu empfinden, in der Blase und dem Mastdarm Mangel des Gefühls von Harn- und Stuhldrang; endlich gibt sich die Anästhesie als Analgesie kund. Die Anästhesie kann auch mit Schmerzen verbunden sein, wenn ihre Ursache zugleich einen Reiz gegen das Zentrum hin ausübt; motorische Lähmung ist nur bei Affektion eines gemischten Nerven zugleich vorhanden.

Bei der Diagnose muss man die cerebralen und spinalen Anästhesien ausschliessen, was dadurch möglich wird, dass bei diesen im Gegensatze zu den peripheren Anästhesien Reflexbewegungen noch ausgelöst werden, dass sie ferner allgemeiner und mit motorischer Lähmung verbunden sind, welche namentlich bei den cerebralen Affektionen in einer Körperhälfte als Hemiplegie nebst Störungen der Geistesfunktionen, bei den spinalen in den unteren Extremitäten, in der Blase und dem Mastdarme auftreten.

Je nach den Ursachen ist der Verlauf der Anästhesien akut oder chronisch, nur durch die öfters in ihrem Gefolge eintretenden bösartigen Entzündungen, Decubitus und Gangrän werden sie gefährlich. Auch für Prognose und Therapie sind die Ursachen entscheidend. Eine Heilung ist nur bei vorübergehend wirkender und leicht entfernbarer Ursache möglich, doch bleibt oft auch nach Entfernung dieser die Anästhesie noch zurück, bei weit gediehener Texturveränderung der Nerven ist eine Heilung möglich. Die akute, durch Erkältung entstandene Anästhesie ist diaphoretisch, die chronische nach Verf. durch Senfteige, Vesikatore und später durch Elektrizität zu behandeln, bei resorbirbaren Geschwülsten ist Kali hydrojodicum anzuwenden, Neubildungen sind wo möglich zu entfernen. Wenn die Ursachen nicht bekannt, oder trotz ihrer Behebung die Anästhesie zurückgeblieben ist, soll man kalte Waschungen, Douchen, trockene Abreibungen oder Waschungen mit spirituösen Flüssigkeiten, Einreibungen mit Unguentum nervinum, endlich Strychnin und den sekundären Induktionsstrom anwenden; bei dem letzten Heilverfahren räth Verf., mit schwachen und langsamen Schlägen durch 5—10 Minuten anzufangen und dann nur sehr allmälig mit der Zeitdauer der Sitzung und der Stärke des Stromes zu steigern.

Die Ursachen der *peripheren Lähmungen* sind analog denen der Anaesthesie. Erkältung, besonders Zugluft, schneller Temperaturwechsel, übermässige Muskelanstrengung, mechanische Verletzungen, Kompression und Texturveränderungen motorischer Nerven.

Bei vollständiger pheripherer Lähmung hören auch die unwillkürlichen Bewegungen, Reflex- und Mitbewegung auf, die paralysirten Muskeln sind erschlafft, nur sehr selten kontrahirt, wenn sich bereits Ernährungsstörungen in ihnen entwickeln; sie reagiren auf die Einwirkung der Elektrizität gar nicht oder nur sehr wenig; die Sensibilität ist nur bei Affektionen gemischter Nerven alterirt. Diese Merkmale dienen auch zur Diagnose der peripheren Lähmungen, wobei es sich nach O. eigentlich immer um den krankhaften Prozess, der die Paralyse als Symptom hervorruft, handeln sollte, man sich aber oft nur auf die Ausschliessung der anderen Arten von Lähmungen beschränken muss.

Auftreten der Lähmung als Hemiplegie, Auslösbarkeit der Reflexbewegungen (meistens), Verbindung mit einseitigen Anaesthesien, Störung der Geistes- oder Sinnesfunktionen, sehr langes Fortbestehen der elektro-muskulären Kontraktilität führt Verf. im Allgemeinen als Charakteristica der cerebralen Lähmungen im Gegensatz

zu den peripheren; beiderseitige Paralysen, namentlich der untern Extremitäten, der Harnblase und des Rectum, Möglichkeit der Reflexbewegung, Erhaltung der normalen Ernährung der Muskeln und ihrer elektromuskulären Kontraktilität sind die Merkmale der spinalen Lähmungen.

Verf. erwähnt noch behufs der Diagnose excludendo der rheumatischen, hysterischen und der Bleilähmung. Die rheumatische (ob Muskel oder Nerv dabei affizirt ist, sei noch nicht entschieden) charakterisirt sich durch Schmerzen in den Muskeln, Verminderung ihrer elektro-muskulären Kontraktilität, Erhöhung ihrer elektromuskulären Sensibilität, Möglichkeit der Reflexbewegungen (Anfangs), baldiges Eintreten von Ernährungsstörungen; die hysterische Lähmung durch andere Symptome der Hysterie, Analgesie, plötzliches Kommen und Schwinden der Lähmung, Erhaltung der elektromuskulären Kontraktilität, Verminderung der Sensibilität; die Bleilähmung endlich durch ihre auffällige Ursache, ihren Sitz in den Extensoren, durch die Atrophie der Muskeln und deren sehr verminderte oder ganz aufgehobene Reaktion auf elektrische Ströme.

Die *Therapie* muss vor Allem eine causale sein, wo diess nicht möglich mehr solatii causa in leichten Hautreizen, aromatischen Einreibungen, Massiren, Frottiren bestehen. Wenn die Ursache unbekannt, oder trotz deren Entfernung die Lähmung zurückgeblieben, räth Verf. passive Bewegung oder wo möglich die schwedische Heilgymnastik und behufs Erregung von Reflexbewegungen, welche allmälig auch die willkürlichen Bewegungen ermöglichen, aromatische Einreibungen, kalte Waschungen, kühle, besonders aber warme Bäder und die einfachen Thermen (welche, sei ziemlich gleichgiltig), ferner nux vomica und Strychnin. Letzteres hat Verf. nach Trennungen von Nerven und schon erfolgter Wiedervereinigung ihrer Stücke, bei rheumatischen Lähmungen, bei Paralysen des Sphincter und levator ani nach Dyssentrie, bei Blasenlähmung in Folge eines Sturzes (höchst wahrscheinlich durch die Erschütterung der Nerven des detrusor vesicae), ja selbst bei leichtem Druck auf einen Nerven mit sehr gutem Erfolge angewendet. Verf. beginnt mit $^1/_{24}$ Gran Strychnin sulf. oder nitr. und steigt nur sehr allmälig mit der Dosis bis Zuckungen eintreten, setzt hierauf das Mittel nur so lange aus, bis diese wieder aufhören; man dürfe jedoch aus zu übertriebener Vorsicht wegen der leichten Zuckungen das Mittel nicht für immer beseitigen, wenn man überhaupt einen Erfolg erwarten will. Von der Faradisation der Muskeln mit dem primären Induktionsstrom und feuchten Konduktoren durch 5—10—15 Minuten täglich, wobei man mit möglichst schwachen und langsamen Schlägen beginnen soll — hat Verf. bei der rheumatischen Lähmung und nach Kontinuitätstrennung eines Nerven und schon erfolgter Verwachsung der Stücke sehr günstige Erfolge erzielt; minder heilsam hat Verf. diese Heilmethode bei Blei- und hysterischen Lähmungen gefunden.

(Schluss des allgemeinen Theiles.)

Ueber Skorbut; vom k. k. Regimentsarzte Dr. Opitz. (Prager Vierteljahrschrift 1. Bd. 1861.)

Der Skorbut in der Bundesfestung Rastatt im Jahre 1842 kann den interessantesten und grossartigsten Epidemien an die Seite gestellt werden, mag man nun die Masse der Erkrankten oder die Mannigfaltigkeit in den Erscheinungen, Verlauf und Komplikationen berücksichtigen. Die österreichische Besatzung bestand in diesem Jahre in 4300 Mann; von diesen erkrankten 610 an Skorbut. 497 wurden ursprünglich von Skorbut ergriffen, bei 113 gesellte sich der Skorbut zu anderen Krankheiten hinzu. Als ursprüngliche Momente führt Verf. die schlechte Bequartirung (Kasematten), ungünstige Verhältnisse der äusseren Atmosphäre, Ueberfüllung der Lokaltäten, Mangel an nothwendiger Bewegung im Freien an. Die Gleichförmigkeit der Alimentation, (Suppe, Rindfleisch, Klösse) meint Verf. könnte bei oben angeführten Momenten zur Erzeugung des Skorbuts beitragen. Psychische Momente und körperliche Konstitutionsverhältnisse hatten keinen Einfluss. Bei den besser quartirten Truppen waren die Verhältnisse günstiger. Von Krankheiten, die dem Skorbut vorangingen, sind Wechselfieber, Typhus, Pneunomie, Tuberkulose und Syphilis anzuführen. *Symptome*: Livide, ikterische, oder erdfahle Gesichtsfarbe, blassblaue Lippen, blassgraue Sklera, glotzender Blick, Apathie und Erschlaffung charakterisirten den Skorbut. Die übrige Haut war blass, rauh (Gänsehaut), die Temperatur gering, der Turgor mangelte, die Transpiration war fast null. Schweiss erschien nur spontan, wenn Intermittens mitvorhanden war, und da nur am Gesichte und Rumpfe. Diese Beschaffenheit der Haut war häufig die erste sichtbare Erscheinung des Skorbuts. *Follikular-Petechien* zeigten sich als dunkle, rothblaue, schmerzlose Flecke bis zur Grösse einer Linse. Sie kamen vorherrschend an der Streckseite der Extremitäten vor, und verliefen neben subkutanen Infiltrationen in vollster Unabhängigkeit selbsständig, gewöhnlich dauerten sie die ganze Krankheit hindurch und erbleichten nur langsam. Bei copiösem Blutextravasate, trat um den Follikel Entzündung mit Eiterung ein, die mit Zerstörung des Follikels endigte. *Extrafollikuläre Petechien* kommen nicht vor. Der *skorbutische Herpes* bildete seine Gruppe an den unteren Extremitäten meist in der Nachbarschaft von oder auf starken subkutanen Exsudaten. Der Verlauf war ein gewöhnlicher. Die hämorrhagischen Ergüsse in's Unterhautzellgewebe waren theils umschrieben, theils diffus. Die umschriebenen bildeten sich nur an den untern Extremitäten, an der Innenfläche der Oberschenkel, und am Unterschenkel ohne Unterschied der Flächen. Sie stellten Geschwülste von ziemlich derber Konsistenz bis zur Hühnereigrösse dar. Der Schmerz war gering, wenn sie auf Weichtheilen sassen, grösser, wenn die Tibia als Unterlage diente. Der Verlauf war sehr schnell, der Ausgang gewöhnlich Zertheilung. Bei dieser Gelegenheit erwähnt der Verf. eines *pustulösen Exanthems* in Form von Akne, das verschiedene Metamorphosen einging.

Es bildete sich nämlich eine hellrothe, bis erbsengrosse, wenig erhabene, nicht schmerzhafte Papel von geringer Konsistenz, in deren Mitte sich ein mit Eiter gefülltes Bläschen erhob. Nach kurzem Bestande platzte es und formirte ein Grübchen; nun trat eine dreifache Modifikation ein; entweder trocknete das Grübchen schnell aus, und aus der Papel entstand eine Form von *Zellgewebs-Tuberkel*, der sehr langsam schmolz, oder der Tuberkel vergrösserte sich durch Transsudatnachschübe in allen Dimensionen, und bildete solitäre Infiltrationen, oder es bildete sich aus der Papel eine rothbraune Geschwulst mit violetter Blase, die nach einigen Tagen platzte und ein Geschwür hinterliess, welches nach langer Zeit erst vernarbte. *Die diffusen Ergüsse* konnten in zwei Formen geschieden werden, *in die akute Infiltration mit erythematösen Erscheinungen*, die sich in äusserst kurzer Zeit heranbildete, nur an den untern Extremitäten erschien, im Verlaufe dem Erysipel ähnlich war, und bei tiefergreifender Infiltration, Störungen der Beweglichkeit — *Kontrakturen* hinterliess und in die *chronische Infiltration*, verbunden mit *Sugillationen* die langsam vor sich ging und ein Fieber im Gefolge hatte. Die Transsudate *in's Zell- und Muskelgewebe* gemeinschaftlich, gehörten zu den gewöhnlichsten Vorkommnissen der Epidemie. Verhältnissmässige Sugillationen, brettartige Indurationen, und vor allem Andern, Funktionsstörungen in den betreffenden Muskelpartien und in der Folge Kontrakturen charakterisirten diese Art Infiltration. Die alleinige Infiltration des *Muskelgewebes* kam nur in zwei Fällen vor. Unter den *fibrösen Geweben* war es nur das Periost, dessen Ergriffensein an einigen Stellen sichergestellt werden konnte (Tibia, Schulterblätter, Unterkiefer). Beim *Knochengewebe* waren es vorzüglich immer zuerst die Rippen und zwar ihre knöchernen Brustbeinenden, die kund gaben, dass das Knochensystem von Skorbut ergriffen sei. Schmerz beim Athmen und Bewegen, abnorme Stellung der knöchernen Bippe zum Knorpel, abnorme Beweglichkeit, oder vollkommene Trennung waren die Symptome (12 Fälle). Namhafte Dyspnoe kam nicht vor, ebenso konnten konsekutive Affektionen der Lungen und Pleura diagnostisch nicht sicher gestellt werden. Einigemale kam Osteoporose der Zahnfächer des Unterkiefers vor. Von *Gelenksaffektionen* unterschied Verf. zwei Reihen. Einen Erguss von Exsudat in die Gelenkshöhle mit den Zeichen einer *Arthritis interna*, meistens am Kniegelenk, und Ablagerung von Exsudat ausser der Kapsel im Zellgewebe des Bänderapparates unter der Form einer *Arthritis externa* meistens am Sprunggelenk. Der Verlauf gehörte zu den langsamsten des Skorbuts.

Das *Nervensystem* war vielfach ergriffen. Traurigkeit, Schwermuth, Aengstlichkeit, Apathie, in den meisten Fällen. Einmal Lähmung der untern Spinalnerven. Das gestörte Gemeingefühl äusserte sich in Mattigkeit, Schwäche, Abgeschlagenheit, besonders der untern Extremitäten, die sich bis zur Kraftlosigkeit und Bewegungsunfähigkeit steigerten. Die Beschaffenheit der Schmerzen war die verschiedenartigste und bereitete den Kranken grosse Plagen. — Während der ganzen Epidemie wurden 11 Blutentziehungen vorge-

nommen (2 Venasektionen, 9 Mal Schröpfköpfe). Konstant war die alkalische Reaktion des Blutes. Die chemische Analyse des Blutes (von Schneider in Freiburg gemacht) ergab eine bedeutende Höhe des spez. Gewichtes, und setzt daher eine bedeutende Menge plastischer Bestandtheile voraus. Fibrin ist in grosser Menge vorhanden, vermindert erschienen Albumin und Salze. Die Thätigkeit des *Gefässsystems* war im Allgemeinen herabgestimmt (P. 70 bis 80 leicht zu unterdrücken). Was *Hämorrhagien* nach Aussen anbelangt, kamen, abgesehen von den Zahnfleischblutungen, vier Rhinorrhagien vor. Eine eigene Erscheinung war das Frühzeitige einer beschleunigten, beinahe dyspnoischen *Respiration* ohne objektive Grundlage und subjektive Beschwerden. Pleuraexsudate waren nicht selten und oft von enormer Grösse. Pneumonie als Komplikation endete viermal mit dem Tode. Das Lungenödem, ungleich häufig, verschwand oft binnen 2 Tagen und führte nur bei schweren Komplikationen zum Tode. Unter allen Systemen war jenes der *Verdauung* am wenigten gestört, die Kranken behielten während der ganzen Epidemie ihre Esslust, und Klagen über Verdauungsbeschwerden gehörten zu den grössten Seltenheiten, doch war der Vorgang der Verdauung äusserst langsam, die Stuhlgänge träge. Die Zahnfleischaffektionen waren allgemein.

Die Folgezustände des Skorbuts waren Kontrakturen und die Erscheinungen der Hydramie und Anaemie. Die häufigste Komplikation waren Skorbut und Intermittens. Dysenterie als Komplikation war sehr gefährlich. Der während Typhus und Syphilis intercurrirende Skorbut bot nichts Gefahrdrohendes und verschob nur die Genesung. Die gleichzeitig verlaufenden katarrhalisehen Ophthalmien hatten weder in Form noch Verlauf etwas Eigenthümliches. — Der Verlauf war im Allgemeinen äusserst chronisch, im Mittel dauert die Krankheit 8—10 Wochen. Was die Dauer des Skorbuts anbelangt, war in dieser Beziehung die Prognose ungünstig; günstig, wenn man das geringe Sterbeverhältniss in Betracht zieht (25). Sehr gross war die Neigung zu Rezidiven, da nach 2—3 Wochen ein grosser Theil wieder erkrankte. —

Die Therapie war die gewöhnliche: Betreff der Prophylaxis wurde nichts verabsäumt, was auf die Verbesserung der Atmosphäre einwirken konnte. Ventilirung der Räume, Essigräucherungen, Quartierwechsel, Reinlichkeit, Flussbäder. — In Bezug auf die Kost: Gemüse und Mehlspeisen abwechselnd dem Fleische beigegeben: Essig, Sauerkraut, Meerrettig, Salate, Knoblauch, Zwiebel spielten in der Diät die Hauptrolle.

Den Kranken wurde vorherrschend Braten mit säuerlichen Kompots, Obst, Gemüse, Sauerkraut, Salat von Löffelkraut und Brunnenkresse, Essigkren etc. gereicht, eben so Bier und Wein. — Die Bierhefe, innerlich gereicht, war von wenig Erfolg. Eisen und Chinadecokt leisteten geringe Dienste. Chinin nützte nur bei Komplikation mit Wechselfieber. Blutentziehungen wurde bei heftigem Fieber, bei Transsudatnachschüben, bei Höhlenexsudaten anempfohlen. Hydropsien, wenn sie Folge reiner Hydrämie waren, ver-

loren sich rasch beim Gebrauch von Cremor tartari und abwechselnd von vegetabilischen Säuren, und leichter nahrhafter Kost. Als örtliche Mittel waren warme Essigwaschungen und Reinhaltung der Haut hinreichend. Die Zahnfleischaffektionen erheischten Reinlichkeit, Putzen der Zähne und des Zahnfleisches mit einem Leinwandlappen, mit Essig, Salvia, Alaun; grosse Zahnfleischwucherungen wurden mit Erfolg mit Nitr. Arg. geätzt oder mit der Scheere abgetragen. Infiltrationen akuter Art mit erythematosen Erscheinungen wurden mit kalten Ueberschlägen behandelt. Bei derberen Zellgewebsinfiltrationen, leisteten trockene Einhüllungen mit Baumwolle, Kompression mittelst der Binde, ferner spirituose Einreibungen zeitweise gute Dienste. Kontrakturen liessen sich manchmal durch Zwangsbandagen aufhalten, im spätern Verlaufe waren zeitweilige Versuche einer mechanischen Streckung, Einhüllungen der Extremität und warme Lokalbäder die einzigen Mittel, die Gelenkigkeit und Wiederkehr gerader Glieder in etwas zu fördern. Acht Kranke wurden in die Thermen nach Teplitz in Böhmen geschickt die daselbst auch genasen.

Ein Fall von Herz-Ruptur; von Hamilton. (The Lancet Nr. 4, 1860.)

W. B., 63 Jahre alt, Schuhmacher, klagte seit zwei Tagen über leichtes Unbehagen und Druck auf der Brust, Kälte der Gliedmassen, Schüttelfröste. Als er damit beschäftigt war, zwei kleine Bündel von nicht mehr als 7 Pfund Gewicht über die Strasse zu tragen, fiel er nach einigen Schritten bewusstlos zur Erde, erholte sich aber bald etwas, ging schwankend auf die andere Seite der Strasse und legte sich dort, wie ermattet, nieder. Nach einigen Minuten traten einige schwache Zuckungen ein, und der Kranke verschied plötzlich. Bei der Sektion zeigte sich das Pericardium sehr ausgedehnt, weit, und es ergoss sich daraus beim Einschneiden ein Strahl flüssigen Blutes, worauf langsames strömendes Blut und zuletzt ein ziemlich dickes Coagulum folgte, das beinahe die ganze Herzoberfläche bedeckte.

Nahe der Spitze des linken Ventrikels gewahrte man eine ganz kleine Oeffnung, nur etwa so gross, um die Trennung der Muskelfibern ersichtlich zu machen, und mit einer kleinen Ecchymose in der Umgebung.

Das Herz und seine Klappen waren vollkommen *gesund*, nur die Innenhaut der Aorta fühlte sich atheromatös an.

Besonders interessant ist in diesem Falle der Umstand, dass der Tod erst einige Zeit nach der erfolgten Ruptur eingetreten zu sein scheint.

Die Neurosen des Larynx; von Dr. Mandl in Paris. (Gazette des Hôpitaux Nr. 4, 1861.)

Die chronischen Neurosen des Larynx betreffen nach M. entweder dessen sensitive Nerven oder sie sind Motilitätsstörungen seiner inneren Muskeln.

a) Jene besteht bald in einer Hyperästhesie, wo selbst die genaueste Untersuchung keine organische Veränderung aufzudecken vermag, bald in verminderter Empfindlichkeit des Organs und bald endlich in abnormen Gefühlen, welche die Kranken meist in hohem Grade präoccupiren, so dass sie die verschiedensten Krankheiten in sich supponiren. — Die Behandlung dieser Fälle ist eine topische,

und besteht in der Anwendung von Eis und leicht ätzenden Mitteln, die unten erwähnt werden sollen.

b) Die gestörte Motilität zeigt sich in Krampfanfällen oder Paralysen. Jene tritt in der Form des nervösen, hysterischen und bellenden Hustens auf. Die Abwesenheit aller Erscheinungen einer Brustaffektion werden den Arzt sehr bald über die Natur des Hustens aufklären, besonders wenn er bei nervösen Individuen auftritt. Eine Gemüthsbewegung reicht oft hin, ihn hervorzurufen. Meist regellos, zeigt er oft einen ausgezeichneten Typus. Folgen die einzelnen Krampfanfälle rasch nach einander, so gibt diess eine Art von Larynx-Chorea, die der Schlaf allein unterbricht. Nicht zu verwechseln sind diese Anfälle mit jenen faccadirten, rauhen Schreiausbrüchen im Laufe einer Epilepsie. Während die in Rede stehende Krankheit eine chronische ist, sind jene Schreiausbrüche vorübergehend. Es ist desshalb auch bei dem einfachen Krampf die von Hall für die Laryngeal-Epilepsie vorgeschlagene Tracheotomie nicht anzuwenden. Hier finden vielmehr beruhigende Mittel ihre zweckmässige Verwendung. — Dr. Loe hat mit vielem Glück das valeriansaure Atropin angewendet.

Mandl hat sehr günstigen Erfolg von Jodlösung (1 Theil Jod, 100 Theile Wasser und 10 Grammes Jodkali) gesehen, in die ein Schwämmchen getaucht wurde, das er, nachdem es sorgfältig an ein Fischbein befestigt, an die Epiglottis brachte.

Die Paralyse der Larynx-Muskeln hat in ihren höheren Graden eine Heiserkeit und endlich Stimmlosigkeit zur Folge, die man von der bloss symptomatischen z. B. in Entzündungen des Kehlkopfs begründeten oder nach Hirnapoplexieen zurückbleibenden etc. wohl trennen muss. Nervöse Disposition, Kompression der Kehlkopfsnerven oder deren Verletzung sind ihre Ursachen. Würmer, Genitalleiden, Blei-Intoxikation werden gleichfalls, aber ohne sichere Belege mit ihr in Zusammenhang gebracht. Die Stimmlosigkeit tritt bei hysterischen Individuen plötzlich; dort wo sie durch Kompression erzeugt wird, allmälig auf.

Das Laryngoscop ist hier von sehr grossem Werthe für die Diagnose, indem es die Abwesenheit jeder organischen Veränderung konstatirt und je nach der verschiedenen Begründung der Heiserkeit ein verschiedenes Verhalten der Stimmritze aufdeckt, analog dem, das nach Durchschneidung des vag. und access. von Bernard festgestellt wurde.

So findet man bei hysterischer Heiserkeit, die auf eine Affektion des access. zu reduziren ist, eine Erweiterung der Stimmritze. Gegen diese Form der Heiserkeit empfiehlt M. kalte Wasserkur, verwirft als topische Mittel die Revulsiva, das Einathmen von Ammoniak- oder Benzoe-Dämpfen; empfiehlt aber das Kalihydrojod, Nitr. arg., Chromsäure.

Bei der Heiserkeit, die eine Folge von Kompression der Vaguszweige ist, findet man stets die Stimmritze sehr eng. Dass das Handeln des Arztes hier sehr beschränkt ist, versteht sich von selbst; in plötzlichen Erstickungsanfällen ist die Tracheotomie das einzige

Rettungsmittel. Die Heiserkeit tuberkulöser Individuen entsteht meist durch Kompression des nerv. recur. vagi von tuberkulösen Lymphdrüsen aus, welche Kompression aus anatomischen Gründen häufiger rechts als links stattfinden muss.

Pleuritisches Exsudat. — Thoracenthese. — Heilung; von Lafont-Gouzy (Gazette des Hopitaux Nr. 102. 1860.)

Der Fall betrifft einen 11jährigen Knaben, der reconvalescent von einer rechtseitigen Pneumonie war und nun unter heftigen Fieberbewegungen von doppelseitiger Pleuritis befallen wurde. Rechts liessen die Erscheinungen der Exsudation bald nach, links aber nahmen dieselben immer zu und von der Circumferenz des Thorax mit 635 Millimeter kamen 325 auf die linke, und 310 auf die rechte Seite. In der sechsten Woche der Erkrankung wurde nach erneuter Verstärkung des Fiebers, die Respiration erschwert, und nach 8 Tagen hat der Kranke in einer unruhig zugebrachten Nacht nach einem heftigen Hustenanfalle zwei Schluck Eiters entleert. Am folgenden Tage war die jetzt noch umfangreichere linke Thoraxhälfte sehr empfindlich, Dispnoe gross, Respiration 38, Puls 140, Exspectoration keine, Abmagerung enorm.

In diesem verzweifelten Zustande, der nicht hoffen liess, dass sich das Exsudat durch die Bronchien Bahn brechen werde, entschloss man sich zur Thoracenthese, welche von Dieulafoy im fünften Intercostalraum vollführt wurde. Bei aller Vorsicht konnte man nicht mehr als ein halbes Trinkglas Eiters entleeren. Geringe Erleichterung trat darauf ein, aber das Keuchen dauerte fort; man überzeugte sich, dass die Flüssigkeit in mehreren geschlossenen Abtheilungen angesammelt sei, und machte am 3. Tage eine neue Punktion im selben Niveau nur 2 Centimeter mehr nach vorne. Es wurde eine gleiche Menge Eiters entleert, und dann eine Jodeinspritzung gemacht, die durch eine Stunde lebhafte Schmerzen erregte; nachher trat wieder Erleichterung ein. Eine Woche später wurde durch einen Hustenstoss die Punktionswunde eröffnet, und eine beträchtliche Menge Eiters floss aus. Der Umfang des Thorax nahm ab, und es zeigte sich eine Abweichung der Wirbelsäule nach links um 4 Centimeter.

Nach 3 Tagen war wieder eine grössere Menge Eiters angesammelt, der sich abermals durch den Fistelgang einen Weg nach aussen bahnte. Von nun an nahm die Besserung zu, obwohl das Fieber noch fortdauerte, und bei kräftigender Diät erholte sich der Kranke. Ein Sakralabscess wurde geöffnet, und heilte nach 8 Tagen. Der Fistelgang dauerte noch fort, die Punktionswunde heilte erst nach Monaten, aber der Kranke genas endlich doch vollkommen und selbst die Rückgratskrümmung glich sich wieder ganz aus.

Ein Fall von Empyema sinistrum cum fistula pectorali, behandelt mit Jodeinspritzungen; von Prof. P. H. Malmsten in Stockholm. (Allgem. med. Zentral-Ztg. Nr. 5 u. 6, 1860.)

Der 23 Jahre alte Kranke N. J. war bis zu seinem 22. Jahre stets gesund gewesen. Im April 1858 zog er sich nun durch Erkältung eine linkseitige Pleuritis zu, die ihn durch sieben Wochen an's Bett fesselte. Selbst nachdem er dieses verlassen, wurde er noch immer durch Dyspnoe und Schmerzen an der linken Seite belästigt und einen Monat darauf entleerte er nach einem heftigen Hustenanfalle eine grosse Quantität übelriechenden, mit Blut gemischten Eiters. Aehnliche Anfälle wiederholten sich oft und erst nach sechs Wochen gewann der Auswurf ein besseres Aussehen. Dabei besserte sich aber das Allgemeinbefinden des Patienten nicht; Fieber, Athembeschwerden, Schmerzen an der linken Seite, von der Regio interscapularis ausstrahlend, belästigten ihn fortwährend. Im August 1858 zeigte sich links zwischen der 6. und 7. Rippe ein rother, schmerzhafter Punkt, der sich bald zur Ge-

schwulst von der Grösse eines Hühnerei's entwickelte. Sie wurde geöffnet und aus derselben ein Quart dicken Eiters entleert; die Wunde verwandelte sich in ein stets offenes Geschwür, aus dem fortwährend eine reichliche Menge Eiters abfloss.

Dabei nahmen die Kräfte des Patienten immer mehr ab und bei seiner Aufnahme im Spitale (15. Sept. 1859) war derselbe sehr schwach und abgemagert. Aus dem damaligen Befund wäre hervorzuheben, dass das Rückgrat vom 4. bis 10. Brustwirbel skoliotisch ausgebogen war, mit der Konvexität nack rechts, dass sich an dem unteren Rande der 6. Rippe links die feine Oeffnung eines Fistelganges befindet, in dem die Sonde keinen rauhen Knochen entdeckt, aus dem aber immerwährend Eiter aussickert; dass das Sternalende des linken Schlüsselbeins in seinem Gelenke leicht zu verschieben ist, wobei aber der Patient grossen Schmerz empfindet; dass ferner der Perkussionston vorne und links matter, und dass das Athmungsgeräusch daselbst besonders oberhalb der Fistel rauh und von Schleimrasseln am Ende der Inspiration begleitet ist; dass man bei der Succussion ein plätscherndes Geräusch in der Brusthöhle hört, und dass endlich das Herz bedeutend nach rechts verschoben erscheint. Respiration ruhig, 24; Puls voll, gleichmässig, 80. Es zeigen sich auch deutlich die Symptome einer ziemlich vorgeschrittenen Albuminurie.

Bei zweckmässiger Behandlung besserte sich das Allgemeinbefinden des Patienten und am 1. Oktober wurde die äusserst feine Fistelöffnung mit Wachsschwamm erweitert. Am 6. Oktober wurde sodann laues Wasser eingespritzt, und nachdem dasselbe, stark mit Eiter gemischt, wieder entleert war, wurden ein paar Glasspritzen Boinet'scher Jodlösung (1 Theil Jodkali, 10 Theile Tinctura Jod., 100 Theile aqua dest.) injizirt und darin gelassen. Am folgenden Tage wurde ein halbes Mass dicken Eiters entleert und die Höhle wieder ausgespühlt. Am 8. Oktober abermals Einspritzung, am folgenden Tage zeigte sich beim Patienten Fieber, Mattigkeit, Appetitlosigkeit, welche Zufälle im Laufe der Behandlung mehrmals auftraten, aber bald wieder wichen; Eiterabfluss sehr reichlich. Die Einspritzungen wurden Anfangs jeden zweiten oder dritten Tag, später in längeren Zwischenräumen, im Verhältniss wie die Eiterproduktion abnahm, eingespritzt. Im November 1859 noch jedesmal 4 Unzen Jodlösung, hingegen im Februar 1860 nur mehr ein Viertel Weinglas wöchentlich. — Anfangs November 1859 war auch die Höhle noch so gross, dass sie eine volle Klystirspritze warmen Wassers fasste; Mitte Februar 1860, wo die Einspritzungen ausgesetzt wurden, fasste sie kaum mehr ein halbes Weinglas davon. Die Absonderung bestand auch damals bloss in einigen Tropfen eines Fleischwasser ähnlichen Serums. Nun dachte man bald daran, die Fistel zuheilen zu lassen, was bis Anfang April auch erreicht war.

Der Kranke bekam, wenn er nicht fieberte, kräftige Diät, in der letzten Zeit auch Eisenpulver. Er erholte sich recht gut, konnte bald schnell gehen, Treppen steigen etc. ohne Athembeschwerden. Bei der Inspektion fällt eine bedeutende Einsenkung der linken Brusthälfte sogleich in die Augen, die am grössten an deren oberem Theile ist; die Skoliose besteht fort; den Herzimpuls fühlt man im fünften Interkostalraum 1½ Zoll vom linken Rande des Brustbeines. Bei der Entlassung des Kranken war er durch die angedeutete siebenmonatliche Behandlung von seinem Brustleiden, dem er ohne dieselbe wahrscheinlich in Folge der hektischen Abzehrung bald erlegen wäre, so weit es in den Grenzen der Möglichkeit lag, hergestellt; das interkurrirende Nierenleiden dauerte aber noch fort und von dem dürfte er für seine künftige Gesundheit am meisten zu fürchten haben. Die Diagnose wurde in diesem Falle so aufgefasst: Ein langwieriges purulentes Exsudat hat zuerst die Pleura pulmonalis durchbrochen und durch eine Bronchialfistel sich theilweise entleert. Diese hatte sich jedoch später wieder geschlossen. der Eiter bahnte sich nun einen Weg nach aussen (*Empyema necessitatis* der Alten) und wurde durch die gebildete Wunde und später durch die zurückgebliebene Fistel entleert.

Zur Heilungsgeschichte und Diagnose des Pneumothorax; von Dr. Biermer. (Würzb. med. Ztschrft., 1. Bd., 6. Heft, 1860.)

Verf. führt eine Reihe theils eigener, theils fremder Beobachtungen an, welche mehr oder minder darthun, dass auch der nicht traumatische Pneumothorax unter günstigen Umständen, als welche Verf. vorzüglich geringe Reizbarkeit des Kranken, geringe Ausdehnung und baldigen Verschluss der Perforationsöffnung und gutartige Beschaffenheit des flüssigen Inhaltes der Pleurahöhle bezeichnet, in seltenen Fällen den Ausgang in Genesung nehmen könne. Gründlich beschrieben und höchst interessant ist folgender von ihm beobachteter Fall:

K. D., 19 Jahre alt, wurde am 3. Februar 1857 Nachts während des Tanzens von der Empfindung des Losgerissenwerdens des Herzens, von Schwindel, Beklemmung, Schweissausbruch, Hustenreiz und Seitenstechen ergriffen; bald darauf stellten sich Frost mit darauf folgender Hitze und heftiger Kopfschmerz ein. Da diese Erscheinungen gewöhnlich Morgens abnahmen und erst gegen Abends heftiger wurden, so hatte B. erst am 7. Februar Gelegenheit die ärztliche Untersuchung vorzunehmen, welche Folgendes ergab:

Patient, welcher von gesunden Eltern stammt, aber in den letzten Jahren an häufigem, trockenem Husten rascher Abmagerung und grosser Neigung zum Schwitzen litt, war mager, schlank, blass, Puls 10, Respiration 24, Thorax flach, lang und schmal, Interkostalräume weit und links prall, die Aktion der Rippenheber links, weniger deutlich als rechts, die Elastizität des Thorax links vermindert die Herzbewegungen am linken und rechten Rande des Sternum im 4. bis 5. Interkostalraum und im Scrobic. cordis sicht- und fühlbar. Die Herzdämpfung beginnt links in der Mitte zwischen Mamillar- und Sternallinie und reicht bis zwei Finger breit über den rechten Rand des Sternum. Die Herztöne deutlich nur über dem Sternum und an dessen rechtem Rande hörbar, sonst rechts nichts abnormes nachzuweisen. Links vorne oben weniger heller Schall als rechts; in der regio mamaria axill. und later. im 4. resp. 5. Interkostalraum voller tymp., weiter abwärts gedämpfter Schall; links hinten bis zur 8. Rippe hell tymp., unter der 8. stark gedämpft; der Pectoralfremitus an den tymp. und gedämpften Stellen vermindert; oben vesik., an den tymp. Stellen tubares (?) Athmen, hie und da mit metallischem Beiklang, an den gedämpften Stellen gar kein Athem hörbar. — Therapie: Ruhe, strenge Diät, zwölf Schröpfköpfe an der linken Seite, tart. borax. mit natr. bicarb. Tags darauf Zunahme der subjektiven Erscheinungen und der linkseitigen Dämpfung hinten an der Dämpfungsgrenze im Interscapularraum bronchiales Athmen mit amphorischem Wiederhall, immer deutlicher werdend, die Axillargegend hindurch bis links von der Brustwarze, wo an einer etwa zwei Thaler grossen Stelle ein feines, hohes, metallisches Klingen die bronchiale Exspiration und die Stimme begleitete, auskultirte man den Perkussionsschall an diesen Stellen vorne und hinten, so war ein zitterndes metallisches Klingen hörbar, auch wurde eine geringe Veränderung der Dämpfungsgrenze bei Lageveränderung des Kranken konstatirt. — Puls 108, Resp. 28; — Mixt. nitrosa cum extr. hyosc. Abends $^1/_4$ Gr. Morph.

Am 11. Februar linker Thorax $^1/_2$ Zoll weiter als der rechte; rechts zwischen der 4. und 5. Rippe deutliche Hervorwölbung. Calom. gr. j, Digit. $^1/_2$ Jede zweite Stunde ein solches Pulver; Ung. Hydr. ciner. unc. j.; Extr. Bellad. scrp. jj. Zum Einreiben in die linke Seite. — Am 12. Februar Vermehrung der Se- und Exkretionen, Verminderung der Fiebererscheinungen. — Am 14. in der linken Mammillargegend lautes Reibungsgeräusch bei der Exspiration, kein tymp. Schall, kein metallisches Klingen mehr. Die Merkurialsalbe wird wegen Beginn einer Salivation weggelassen. Die Dämpfung nahm von dieser Zeit allmälig ab, später ging auch das Herz in seine normale Lage zurück, nach einigen Monaten konnte K. D. wieder seinen Geschäften nachgehen und bis zum September 1860 hatte auch die Tuberk. keine bedeutenden Fortschritte gemacht.

Als Grundlage der Diagnose galten dem Verf. folgende Erscheinungen: 1. Der ganz plötzliche Beginn der Affektion und die Empfindung des Kranken dabei. 2. Die bedeutendere Verdrängung des Herzens, als diess durch das vorhandene Exsudat hätte geschehen können. 3. Die Veränderung der Dämpfungsgrenze bei Lageveränderung. 4. Der Charakter und die Stelle der metallischen Auskultations-Phänomene. Dem Verf. ist es nämlich überhaupt nicht wahrscheinlich, dass metallisches Klingen bei anderen Affektionen als Pneumothorax und grossen Cavernen vorkomme, macht aber noch insbesondere bei seinem Falle geltend, dass das metallische Klingen und der amphorische Widerhall nicht gerade in der Nähe grosser Bronchien gehört würde, also nicht mit dem Trachealtone verwechselt werden kann, den Williams u. A. bei grossen pleuritischen Exsudaten gehört haben wollen, ferner, dass die Höhe des metallischen Klingens bei der Exspiration nicht zunahm, welches beim Trachealton wegen Verkürzung der tönenden Luftsäule der Fall sein müsste.

Eiternde Hydatidencyste der Leber. Eröffnung mittels Caustica. Rasche Heilung; von Demarquay. (Gazette des Hopitaux, Okt. 1860.)

B., 22 Jahre alt, wurde 1860 im Maison de Santé aufgenommen, wo man aus der Anamnese erfuhr, dass er seit 4 Jahren an einer Hervorwölbung des rechten Hypochondriums litt. welche die Aerzte als durch eine Cyste bedingt erklärten und dem gemäss viermal die Punktion vornahmen. Die letzte Operation, die mit Jodeinspritzung kombinirt wurde, hatte ihm auf ein ganzes Jahr von seinem Leiden befreit. Das Wiedererscheinen der Geschwulst bewog ihn, die Hilfe des Spitals aufzusuchen, wo man bei der Untersuchung in der That eine, das rechte Hypochondrium einnehmende, von der achten Rippe bis zum Nabel reichende fluktuirende schmerzlose Geschwulst, die in der Mitte eine Depression aufwies, entdeckte.

Eine am 3. Juli vorgenommene Punktion förderte einige Löffel limpider Flüssigkeit zu Tage und erzeugte leichte Fieberbewegungen, die jedoch bald schwanden, so dass er selbst nach einigen Tagen das Spital verliess. Am 17. des Monats kehrte er aber mit heftigen Schmerzen an der bisher schmerzlosen Geschwulst zurück, die Depression war geschwunden, Appetit war keiner vorhanden, das Gesicht bleich, Fieberbewegung.

Demarquay entschloss sich zur Entfernung der Geschwulst mit Hülfe der Wiener Pasta. Indem man Sorge trug, jedesmal den Schorf zu entfernen, drang man bis zum 23. so durch alle Muskelschichten des Bauches und war nur noch durch eine dünne Schichte getrennt, durch welche man deutlich die Empfindung einer darunter liegenden Flüssigkeit erhielt. Man schreitet nun zur Punktion, entleert einen dicken grünen Eiter, zieht den Troicart zurück und legt eine Sonde ein, die aussen befestigt wird.

Den nächsten Tag wird die Sonde entfernt, die Oeffnung durch ein geknopftes Bistouri erweitert, worauf eine grosse Menge grünlichen Eiters mit zahlreichen Hydatiden, von denen einige selbst die Grösse eines Eis hatten, ausströmten. Die Operation wurde durch eine Jodeinspritzung beendigt, die Abends wiederholt wurde. Morgens und Abends des nächstfolgenden Tages abermals Jodeinspritzungen.

Den 27. stellte sich Frost ein. Es wurden starke Dosen von Chinin verabfolgt. Das Fieber kehrt nicht mehr wieder, die Eiterung nimmt immer mehr und mehr ab, der Kranke bekommt Esslust. Die Wunde heilt mit einer ungewöhnlichen Schnelle, man erlaubt dem Kranken, sein Bett zu verlassen

Frisches Aussehen, Körperfülle kehren zurück und in den ersten Tagen des Septembers wird der Kranke vollkommen geheilt entlassen.

D. knüpft an die Mittheilung dieses Falles seine Ansichten über die Behandlung der Hydatidencysten der Leber.

Bekanntlich ist die Methode eine zweifache:

1. Die Punktion des Sackes, sei es zum Behufe der Exploration oder zur gänzlichen Entleerung der Cyste;

2. Weite Eröffnung des Tumors auf seiner höchsten Spitze, um die Flüssigkeit und den oft zahlreichen Hydatiden-Blasen einen Weg nach aussen zu verschaffen.

Ersteres Verfahren will Verf. nur in zweifelhaften Fällen unter Beobachtung aller nöhigen Cautelen zulassen, um Sicherheit in der Diagnose zu erhalten. Für alle anderen Zwecke erklärt er es unbrauchbar, da man jene nur äusserst selten erreicht und den Kranken den Gefahren einer höchst bedenklichen Peritonitis aussetzt.

Desto kräftiger spricht Verf. das Wort der Methode von Recamier, welche zwischen den Bauch- und Cystenwandungen ausgebreitete Adhäsionen zu Stande bringt, wodurch alle Ergüsse in die Bauchhöhle vermieden werden. Sodann verschafft man durch eine hinreichende Oeffnung dem Inhalt des Hydatiden-Sackes einen Weg nach Aussen und nimmt nun die beabsichtigte Injektionen vor. Den Rath Boinet's die Cyste bloss zu punktiren und hierauf Jod zu injiziren, verwirft Verf., weil er die vollständige Entleerung, die selbst durch den Stich eines noch so grossen Troicarts nicht ermöglicht wird, für nothwendig zur Heilung hält, und weil der Mangel an Adhäsionen zwischen Cyste und Bauchwandung den Kranken durch die Injektion der grössten Gefahr aussetzt.

Bei der Anwendung der Aetzmittel empfiehlt Verf., sich stets genau die Tiefe, bis zu welcher man vorgedrungen, gegenwärtig zu halten, um nicht, wie diess Recamier selbst aus Unvorsichtigkeit geschehen, die Peritonealhöhle zu eröffnen.

Demarquay zieht Jodtinktur zur Einspritzung in die Höhle des Sackes nach dessen Eröffnung allen andern Flüssigkeiten vor. Das Wasser löst möglicher Weise Substanzen, die dem Inhalt der Cyste angehören, und welche möglicher Weise schädlich auf den Organismus wirken, während der heilende Einfluss des Jods durch zahlreiche Beispiele sicher gestellt ist.

Ein Fall von Meliturie, durch den Gebrauch Karlsbads, rasch geheilt; von Dr. C. Müller in Hannover (Wien. med. Wochenschrift Nr. 45, 1860.)

Der folgende Fall gewährt wegen des plötzlichen und heftigen Auftretens der Meliturie nach einer heftigen Gemüthsbewegung, ferner wegen der durch Tannin eingeleiteten und durch den Gebrauch Karlsbads rasch erzielten und seit 14 Monaten andauernden gänzlichen Heilung vielfaches Interesse, wesshalb wir ihn einer etwas weitläufigeren Mittheilung werth halten.

A. N., Banquier, 53 J. alt, in glänzenden Lebensverhältnissen lebend, geistreich, kräftig und trotz weniger Bewegung, nicht sehr gewissenhafter Diät und bedeutenden Körper-Volums stets gesund, hatte am 16. März 1859 eine heftige andauernde Gemüthsbewegung erfahren, durch welche die Digestion sofort beeinträchtigt und der stets vortreffliche Appetit gänzlich verscheucht wurde. Patient achtete nicht hierauf bis er durch einen quälenden, kaum stillbaren Durst und fortwährenden Drang zum Uriniren beängstigt, M. zu Rathe zog. Dieser fand ihn am 29. leicht fiebernd (100 Pulsschläge) mit dick belegter, stets trockener Zunge, angehaltenem Stuhle und stets blassem, verfallenem Gesichte. Der fast unstillbare Durst, die Trockenheit des Mundes und der selbst Nachts nicht cessirende Drang zum Uriniren und die Menge desselben erregte im Verf den Verdacht eines *Diabetes*, wesshalb er die Harnanalyse vornehmen liess, welche Folgendes ergab: *Quantität* des Urins in 24 Stunden: 10—12 Pfd., *Spezifisches Gewicht:* 1030; *Harnstoff:* 12 pr. M.; *Harnsäure:* Spuren; *Albumin:* keines, *Zuckergehalt:* 5 pCt. — Vom 20. März bis 4. April schwankte der Zuckergehalt zwischen 5 und 4 pCt., der Kranke magerte rasch ab, so dass das Körpergewicht von 220 auf 197 Pfd. in dem genannten Zeitraume gesunken war.

Die Behandlung bestand in einfacher, reizloser Diat, Tinct. Rhei mit Kali tartar. in Aq. foenic., und Vichy-Wasser als Getränk, wobei die Zunge allmälig reiner und die Verdauung besser wurde, der Appetit wiederkehrte, ohne dass der Durst, der Drang zum Uriniren und die Menge des Urins nachliessen.

Vom 4. April an liess M. den Kranken täglich 8—12 Gr. Tannin mit 4—6 Gr. pulv. Rhei und $1/2$ Gr. Opium bei gleichzeitiger kräftiger, vorzugsweise animalischer Kost nehmen, das Vichy-Wasser fortsetzen und auch täglich etwas Wein trinken. Sehr bald und gleichmässig verminderte sich die Quantität des Urins (bis zum 15. war sie auf 5 Quartier gefallen) und eben so wurde auch der Zuckergehalt beträchtlich geringer, so dass am 6. $3^8/_{10}$, am 7. $3^1/_2$, am 8. $3^2/_{10}$, am 9. kaum 3, am 10 wieder $3^3/_{10}$, am 11. $2^8/_{10}$, am 12. $2^6/_{10}$, am 13. $2^1/_2$, am 14. und 15. etwa $2^1/_2$ pCt. Zucker sich vorfanden. Bis zum 16. hatte das Körpergewicht noch um 8 Pfund abgenommen und Patient fühlte sich sehr matt, unlustig, klagte über Schwindel, grosse Schwäche des Denkvermögens und des Gedächtnisses. Der Puls zwischen 84 und 96 schwankend. Durst noch immer beträchtlich, aber nicht mehr unstillbar. Vom 16. an liess M. das Opium fort, steigerte die Dosis des Tannin auf 15 Gr. täglich, bei gleichem Zusatze von Rheum (6 Gr prodie). Das Allgemeinbefinden besserte sich mehr und mehr, der Appetit war vortrefflich, der Zuckergehalt betrug in der auf 4 Quartier gesunkenen Urinmenge, bei $2^1/_4$ pCt. und fiel erst Ende April auf 2 pCt. Das Körpergewicht hatte bis zum 30. um weitere 6 Pfd. abgenommen, so dass es in 6 Wochen von 229 auf 183 gefallen war. Das spez. Gewicht des Urins schwankte zwischen 1035 und 1024, Harnstoff fehlte nie, Harnsäure zeigte sich reichlicher. Der sehr ängstlich gewordene Kranke, dessen Schwager an Diabetes mellitus gestorben war, wurde durch die umfassendsten Vorsichtsmassregeln über sein Leiden getäuscht; es wurde ihm ein Leberübel vorgeschützt, welches noch eine Kur in Karlsbad erheische, wohin er am 30. April abreiste und unter der Leitung des Dr. Flekles den Kurgebrauch begann. Der Sprudel wurde gut vertragen, wirkte nur mässig auf die Darmfunktionen und schon nach achttägigem Trinken nahm Durst, Drang und Quantität des Urins bedeutend ab, so wie auch der Zuckergehalt auf 1 pCt. herabgesetzt wurde. Nach weitern 3 Tagen war noch ein Minimum Zucker vorhanden, am Ende der 2. Woche hatte der Harn seine normale Komposition. Nach vierwöchentlichem Kurgebrauche in Karlsbad und 14tägigem Aufenthalte in Wien kehrte Herr N. vollkommen gesund, frisch und um 15 Pfd. schwerer nach Hannover zurück. Seitdem hat sein Körpergewicht wieder die frühere Höhe erreicht. Besondere Vorsicht wurde in der Diät nicht mehr beachtet.

Weinklystiere gegen hartnäckige Dyspepsie; von Dr. Innhauser. (Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien. Nr. 22, 1860.)

I. wandte bei einer Kranken, welche in Folge eines typhösen Fiebers an einer hartnäckigen Dyspepsie litt, die nur eine Folge der seit langer Zeit vorhandenen Schwäche sein und in einem gänzlichen Daniederliegen der Nerventhätigkeit und der davon abhängigen Funktionen im Verdauungsapparate ihren Grund haben konnte, indem alle Zeichen einer organischen Störung fehlten, Weinklystiere mit sehr günstigem Erfolge an. Alle inneren Mittel riefen trotz der geringen Gabe, Ekel und Erbrechen hervor. Morgens, bald nach dem regelmässig erfolgenden Stuhlgang, wurde ein Klystier aus $^1/_8$ Seidel Wein und ebenso viel Wasser applizirt und Abends wiederholt. Die Kranke behielt dieselben bei, welche ein wohlthuendes Gefühl von Wärme im ganzen Körper und eine erheiternde Stimmung bewirkten; nach dem Abendklystiere stellte sich zum ersten Male seit vielen Wochen ein achtstündiger, ruhiger, erquickender Schlaf ein. Nach drei Tagen wurde jedem Klystiere die Hälfte eines Eidotters zugesetzt. Unter Fortsetzung dieser Klystiere erfolgte jeden Morgen ein Stuhlgang von ziemlicher Konsistenz, die Zehrfieberanfälle schwanden, die Kräfte nahmen langsam aber stetig zu, besonders da jede Nacht ein erquickender Schlaf stattfand. Am zwölften Tage stellte sich zum ersten Male Appetit ein, und von nun an traten die Zeichen der sich wieder belebenden Verdauungsthätigkeit immer mehr hervor. Nach dreiwöchentlichem Gebrauche von täglich zwei Klystieren aus Wein und Eidotter konnte die Kranke bereits Braten vertragen und genoss die Speisen mit Lust. Allmälig wurde die Zahl der Klystiere beschränkt, und nachdem die gewöhnliche Nahrung gut vertragen ward, dieselben ganz ausgesetzt.

Ein Fall von Struvitbildung im Darmkanale des Menschen; von Prof. Stockinger in Pest. (Gyógyászat Nr. 2, 1861.)

Die 43 Jahre alte Patientin ward 1830 zum erstenmale von St. an einem Erysipel behandelt. Schon zu jener Zeit war der harte und grosse Unterleib der Kranken auffallend, die Resistenz desselben vereitelte jedoch die nähere Untersuchung des Zustandes der Eingeweide, die Perkussion ergab überall einen dumpfen und leeren Schall. Bezüglich der Anamnese konnte nur eruirt werden, dass das Leiden schon längere Zeit bestehe, und allmälig sich entwickelt habe. Patientin führt eine sitzende Lebensweise, geniesst viel schwerverdauliche Speisen und rohes Obst; die Stuhlentleerungen waren stets träge, der Koth fest und von geringer Menge. Die Kranke war wohlgenährt, jedoch ikterisch gefärbt.

Zwei Jahre später ward die nun 45 Jahre alte Patientin mit Zangenhülfe eines gesunden Knaben entbunden. Der Bauch behielt seine Dimensionen bei, so dass man eine Gravidität hätte vermuthen können. In diesem Zustande verblieb Patientin bis zum Jahre 1854, zu welcher Zeit St. zu der seit mehreren Wochen erkrankten Frau gerufen wurde. Es waren mehrere Abscesse an den Hinterbacken und am Damme eröffnet worden, auch hatte man angeblich aus dem Mastdarme einen steinartigen Körper entfernt. Die Kranke klagte über Schmerzen im Mastdarme, fieberte und zeigte gastrischbiliöse Erscheinungen. Die Untersuchung ergab die alte Ausdehnung und

Resistenz des Bauches, an der linken Seite des Afters finden sich zwei in den Mastdarm führende Fistelöffnungen. Mit Hülfe einer Sonde und des Fingers stiess St. in der Höhe von 2 Zoll auf einen nussgrossen, harten, eckigen Körper, welcher mit der Darmwand verwachsen schien.

Bei der Operation der Mastdarmfistel ward der fremde Körper stückweise entfernt, und dessen Inneres aus Aepfel- und Birnenkernen, die äusseren Schichten aus krystallisirten Gebilden bestehend gefunden. Das Gesammtgewicht betrug ungefähr eine halbe Unze. Nach Verlauf einiger Tage, während bei dem Gebrauche solvirender und leicht abführender Mittel der Zustand der Kranken sich besserte, entleerte sie während einer Nacht nach einander 10—20 Geschirre voll eines bröckligen, eingetrocknet erscheinenden Kothes, hierauf flachte sich der Bauch vollkommen ab. Die Entleerung wurde ihres unausstehlichen Gestankes halber sogleich entfernt. Der Bauch zeigte sich nun weich und leer, und es konnte der Rand der grossen und harten Leber mit Leichtigkeit gefühlt werden.

Die Besserung im Befinden der Patientin machte keine weiteren Fortschritte, und die Krankheit führte nach einigen Wochen zu einem lethalen Ausgange. Die Obduktion wurde nicht gestattet.

Die aus dem Mastdarme entfernten Konkremente untersuchte Prof. Peters in mineralogischer und Prof. Wertheim in chemischer Hinsicht näher und fanden, dass der fragliche Körper *Struvit* sei, und als solcher aus phosphorsaurer Ammoniak-Magnesia bestehe, verunreinigt mit phosphorsaurem Kalke und eingetrockneten Faecalmassen.

Prof. St. knüpft an diesen Fall die Mittheilung des folgenden, welcher sich in mehrfacher Hinsicht ähnlich erweist. Frau S., 20 J. alt, besass seit 10 Monaten einen so voluminösen Unterleib, dass sie sich schwanger glaubte, in welcher Ansicht sie auch von einer Hebamme bekräftigt wurde. Während der 1855 herrschenden Choleraepidemie erkrankte sie plötzlich und St. fand die Patientin blass, die Gesichtszüge verfallen, die Extremitäten kühl, einen kleinen und beschleunigten Puls. Die Zunge zeigte ein normales Aussehen, der Bauch war jetzt weich, schmerzlos, klein. Auf Befragen gibt die Kranke an, nach einem reichlichen Nachtmahl von einer Diarrhoe befallen worden zu sein, worauf sie bis zum Morgen eine sehr grosse Menge Faeces entleerte.

Patientin fühlte sich nach den Stuhlentleerungen sehr erleichtert, ward auch bald gesund, der gehoffte Segen ward ihr aber erst nach einiger Zeit zu Theil.

Ueber Uraemie und Ammoniaemie; von den Professoren Treitz und Jaksch in Prag, Richardson in London und Bamberger in Würzburg.

(Schluss.) *)

Gegen die früher mitgetheilten Behauptungen bemerkt nun Treitz (Prager Vierteljahrschrift 3. Bd. 1860) im Wesentlichsten Folgendes:

Die angeführten Punkte zur Unterscheidung zwischen Ammoniaemie und Uraemie bei M. Br. seien 1. darum nicht stichhältig, weil ja auch bei M. Br. Ammoniaemie vorkommt, wie Prof. Jaksch selbst zugibt, und doch dabei kein amoniakalischer Geruch des frischen Harns, dagegen anderseits Hydrops vorhanden ist. Es beziehen sich diese beiden Punkte also nur auf Unterschiede zwischen M. Br. und den Erscheinungen der Harninsufficienz aus anderen Ursachen, aber nicht auf Unterschiede zwischen Uraemie und Ammoniaemie. 2. Die Trockenheit im Munde etc. komme wohl auch bei anderen Krankheiten als der Ammoniaemie vor; ebenso der Ekel vor

---

*) Siehe Seite 32.

Fleischspeisen u. s. w., und ebenso passen die Unterschiede zwischen akuter und chronischer Ammoniaemie nach Treitz auch auf alle anderen Krankheiten. Dasselbe gilt vom Tod unter Sopor (wenn die Kranken nicht plötzlich sterben). Was das *Erbrechen* anlangt, so ist der Satz von Jaksch auch unrichtig, indem oft die heftigsten Fälle von akuter Ammoniaemie ohne Erbrechen und vice versa vorkommen.

Was den ammoniakalischen Geruch der ausgeathmeten Luft betrifft, so habe Prof. Jaksch selbst ihn auch bei M. Br. gefunden, wie er selbst angibt.

Die Punkte 6, 7, 8 endlich seien ganz unbestimmt gehalten.

Der Verf. stellt überhaupt bezüglich der klinischen Diagnose den Satz auf, dass wir dort, wo uns von der Beschaffenheit des Blutes nichts bekannt ist, wohl gewisse Symptomengruppen als Zeichen von Dyskrasien annehmen können, dass aber wenn die Veränderung in der Blutmischung eine bekannte ist, für die Diagnose hauptsächlich auf diese, und nicht auf unwichtige äussere Zeichen Rücksicht zu nehmen sei.

Bezüglich des Choleratyphoids erklärt Verf. endlich, dass Prof. Jaksch, ohne es selbst zu wissen, dasselbe ebenfalls für Uraemie ansehe, da er mit Buhl eine Zurückhaltung des Harnstoffes im Blute annehme. Ob diese letztere aus einer primären Nierenerkrankung oder aus der geänderten Blutmischung a priori erfolge, habe auf die Wirkung — Uraemie — keinen Einfluss*).

An Obiges lässt sich hier füglich ein von Richardson in der Londoner *„medical society“ am 5. November 1860* gehaltener *Vortrag über Uraemie* anreihen. Richardson hob besonders drei wichtige diagnostische Momente der Uraemie hervor:

1. Ist die Pupille Uraemischer nach ihm gewöhnlich unbeweglich und meist erweitert, wenn auch für das Letztere Ausnahmen zugegeben werden.

2. Die verschiedenen Angaben über den Gehalt des Athems an CO_2 NH_3 bei Uraemie lassen sich in folgender Weise erklären: Wenn die Harnröhrchen durch M. Br. unwegsam werden, ist in der That der Athem mit abnormer Menge von Ammoniak überladen. In diesen Fällen versieht aber die Lunge das Geschäft der Niere bezüglich der Wegschaffung des Ammoniaks. Tritt nun aber eine

---

*) Wir können es nicht unterlassen, die Ansicht auszusprechen, dass die strikte Trennung der Begriffe Uraemie und Ammoniaemie und der Bestimmung ihres Verhältnisses zum Morbus Brightii uns so lange als unausführbar erscheint, als nicht die Erscheinungen, welche das Verweilen im Blute der exkrementiellen Harnbestandtheile (an und für sich) hervorbringt, von den durch CO_2 NH_3 hervorgebrachten durch umfassende Versuche an Thieren, wie sie Frerichs u. A. begonnen haben, endgiltig unterschieden und die Streitfrage über den Ort der Umwandlung von Harnstoff in CO_2 NH_3 erledigt ist. Bis jetzt scheinen uns die Ansichten von Frerichs noch immer nicht widerlegt, wenn auch das Einleuchtende der auf die Darmerscheinungen gegründeten Theorie von Prof. Treitz nicht geläugnet werden kann.

Der Referent.

Kongestion zu den Lungen und folgerichtig Verminderung ihrer exkretorischen Thätigkeit ein, dann treten die uraemischen Erscheinungen heftiger auf, *ohne dass im Athem Ammoniak reichlich erschiene.* In anderen Fällen von akuter Uraemie hingegen durch plötzliches Aufhören der Nieren-Funktionen ist der Athem während des uraemischen Anfalles von Ammoniak geschwängert.

3. Bei Uraemie — und diess trägt zur Unterscheidung derselben von anderen Intoxikationen bei — erlangt der Patient während des Coma öfter für einige Zeit sein Bewusstsein, um endlich in bewusstlosem Zustande zu verscheiden.

Bezüglich der Behandlung der Uraemie räth Richardson copiöse Blutentziehungen an*). Es entspann sich hierüber eine Debatte in der Gesellschaft, an der sich besonders Dr. Thudichum betheiligte. Letzterer macht die Mittheilung, er habe in einem Pfunde uraemischen Blutes, das *nach dem Tode entzogen wurde*, 13 Gran Harnstoff gefunden. Während des Lebens habe derselbe Patient durch die Nieren 124 Gran Harnstoff in 24 Stunden im Mittel entleert. — Herr Richardson wies jedoch darauf hin, dass die Untersuchung des Blutes eines Todten keine entsprechenden Schlussfolgerungen zulasse, und erklärte, er glaube nicht, dass das Gift bei Uraemie Harnstoff sei, sondern CO_2 NH_3 oder irgend ein Glied der Ammoniumreihe, in welche Kohlenstoff als Element eintritt.

Bamberger (Würzburger mediz. Zeitschrift, 1. Bd. 5. Heft 1860) hält die von Treitz angeregte Frage noch für eine offene, auf keine Seite hin entschiedene, und glaubt auf Grundlage seiner bisherigen Erfahrung (indem er in mehreren Fällen von Uraemie in den während der Anfälle erbrochenen Massen, kohlensaures Ammoniak stets reichlich — dagegen nie Harnstoff nachweisen konnte) noch an der Anschauung von Frerichs festhalten zu müssen: dass nur das aus dem Harnstoff hervorgegangene Ammoniak deletär einwirke, und dass die Zerlegung des Harnstoffes schon innerhalb der Blutbahn, und zwar wahrscheinlich unter dem Einflusse gewisser noch nicht näher bekannten, sich vermuthlich auf die veränderte Beschaffenheit des Blutes bezügliche Zustände sehr rasch ererfolge.

Ueber Prostatorrhoe; von Prof. Gross in Jefferson (Philadelphia). (North-American medico-chirurgial Review. Juli 1860.)

Die Prostatorrhoe hat bisher Seitens der Aerzte im Allgemeinen noch nicht die Beachtung gefunden, welche ihr ihrer Häufigkeit und Bedeutung wegen gebührt. Lange Zeit hindurch hat man sie mit der Spermatorrhoe, der Blennorrhoe oder dem Catarrh der Harnblase verwechselt und diesen diagnostischen Irrthum auch auf die therapeutischen Bestrebungen übertragen. — Die Prostatorrhoe kommt selten bei solchen Individuen vor,

*) Der vom Verf. angeführte Grund, es werde dadurch ein Theil des Giftes entfernt, scheint uns wenig stichhältig. *Der Referent.*

welche noch nicht in das Pubertätsalter getreten sind und bei denen die Prostata noch klein und wenig entwickelt ist. Vom Alter von 20 Jahren ab beginnt sie am häufigsten aufzutreten und kommt zuweilen auch noch bei sehr alten Männern vor. Am meisten wird sie bei nervös-sanguinischen Menschen getroffen, welche sehr vorwaltenden Geschlechtstrieb haben und sich Excessen in venere hingeben. Abusus spirituosorum, aufregende Lebensweise, öfteres und langes Reiten wirken als prädisponirende Momente ein. Als Gelegenheits-Ursachen lassen sich chronische Entzündung des Blasenhalses, Strikturen der Harnröhre und mannigfache Affektionen des Mastdarms (Hämorrhoiden, Prolapsus, Fissuren, Fisteln) bezeichnen, wesshalb bei der Untersuchung der an Prostatorrhoe Leidenden stets die Exploration des Afters und Mastdarmes nothwendig ist. Einige Arzneistoffe, wie drastische Abführmittel, Kanthariden, Terpentin, bringen zuweilen vorübergehende Prostatorrhoe hervor. Die wichtigste und gewöhnlichste aller Ursachen des in Rede stehenden Leidens ist die Onanie, und in fast allen hartnäckigen Fällen hat man mit diesem Laster als der Bedingung der Krankheit zu thun.

Die Symptome der Prostatorrhoe sind ziemlich charakteristisch: das wichtigste Zeichen ist der Ausfluss einer schleimartigen, meist klaren, mehr oder minder fadenziehenden Flüssigkeit, die in Bezug auf ihre Menge von wenigen Tropfen bis zu mehreren Grammen innerhalb vierundzwanzig Stunden schwankt. Ist der Ausfluss stark, so befindet sich die Harnröhre stets in einem Zustande von Feuchtigkeit, und die Wäsche ist nass und beflekt, jedoch nicht in so hohem Grade, wie bei Blennorhoe. Namentlich während des Stuhlganges tritt der Ausfluss stark hervor, besonders dann, wenn der Kranke an habitueller Verstopfung leidet und der Mastdarm durch eine grosse Menge verhärteter Fäkalmassen ausgedehnt ist. Der Ausfluss ist oft von einer eigenthümlich kitzelnden Empfindung begleitet, deren Sitz der Kranke in der Prostata angiebt, und welche von da über die ganze Harnröhre, oft bis in die Eichel ausstrahlt. Diese Empfindung ist nicht unangenehm, gleicht vielmehr jenem Wollustgefühle, welches die ersten Momente des Koitus begleitet. Manche Kranke haben das Gefühl, als ob von Zeit zu Zeit ein Tropfen aus der Prostata in die Harnröhre falle. Empfindung von Druck in der Mastdarmgegend, gegen den After oder den Damm hin, Schmerzhaftigkeit beim Uriniren, krankhafte Erektionen, laszive Träume finden sich bei den meisten an Prostatorrhoe Leidenden.

Besonders bemerkenswerth ist aber die Prostatorrhoe durch den psychischen Einfluss, welchen sie auf den Kranken geltend macht. Fast immer wird ihre Aufmerksamkeit von dem Ausflusse, wie geringfügig er auch sei, unausgesetzt in Anspruch genommen; meistens glauben sie an Samenverlusten zu leiden, und werden von der Furcht vor Impotenz gequält. Diese Besorgnisse erfüllen den Patienten bei Tag und Nacht und arten endlich zur fixen Idee aus. Wie die eingefleischtesten Hypochonder sind sie unaufhörlich da-

mit beschäftigt, ihre Krankheit zu beobachten und Heilmittel dagegen aufzusuchen; meistens wenden sie sich in ihrer Ungeduld an eine Menge von Aerzten gleichzeitig, selten warten sie den Erfolg einer eingeschlagenen Behandlungsweise ab, und darum kommt man mit der Therapie nur in einer geringen Anzahl von Fällen zu dauerhaften Resultaten. In den schwersten Formen der Krankheit leiden die Patienten an hartnäckiger Dyspepsie und an tiefer melancholischer Gemüthsverstimmung, und werden dadurch behindert, ihren Berufsgeschäften obzuliegen.

Gelegenheit zur nekroskopischen Beobachtung der anatomischen Veränderungen, welche die Prostata darbietet, hat G. nicht gehabt; wahrscheinlich aber ist in vielen Fällen diese Drüse der Sitz eines inflammatorischen Prozesses und wird darum schon am Lebenden indurirt und angeschwollen gefunden. Hingegen kommen nicht minder häufig Fälle vor, in denen sich nicht die geringste materielle Läsion der Prostata verräth und in denen aller Wahrscheinlichkeit nach es sich nur um eine Hypersekretion handelt, welche durch eine systematische Reizung von den Nachbargebilden aus bedingt wird.

Man kann die Prostatorrhoe mit den verschiedenen Formen der Urethritis, mit der Spermatorrhoe und der Cystitis chronica verwechseln. In Bezug auf die Urethritis acuta ist die Diagnose ziemlich leicht zu stellen; die Prostatorrhoe bildet sich allmälig, fast unmerklich aus, ohne dass ein unreiner Beischlaf vorausgegangen zu sein braucht; der Ausfluss ist durchsichtig, fadenziehend, weiss oder grau, niemals aber opac, eiterförmlich oder gelblich; das Harnen ist nur selten von Brennen oder Schmerz begleitet.

Die Blennorrhoe bietet schon mehr Analogie mit der Prostatorrhoe, jedoch ist auch hier durch Berücksichtigung der Antecedentia und der Charaktere des Ausflusses die Diagnose zu bewirken; bei der Blennorrhoe ist letzterer reichlicher und eiterförmiger, als bei der Prostatorrhoe. Die diagnostische Unterscheidung von der Spermatorrhoe ergiebt sich leicht durch mikroskopische Untersuchung des Ausflusses. Uebrigens gehört, nach G., die Spermatorrhoe zu den seltensten Krankheitsformen, und die meisten Kranken, welche man damit behaftet glaubt, leiden in der That an Prostatorrhoe.

Bei der *Behandlung* hat man zunächst auf die Beseitigung der die Prostatorhoe bedingenden und unterhaltenden Ursache Rücksicht zu nehmen. Ist die Kausal-Indikation erfüllt, so ist eine allgemeine und eine örtliche Therapie zu instituiren. Bei den meisten Kranken erfordert die allgemeine Schwäche, sowie der torpide Zustand der Verdauungsorgane ein tonisirendes arzneiliches, wie diätetisches Verfahren, Eisenpräparate, China, leicht verdauliche, nährende Speisen, mässige Bewegung in freier Luft. G. empfiehlt eine Verbindung von Liq. Ferr. sesquichlorati mit Tinct. Nuc. vom. als besonders nützlich. — Wo ein plethorischer Zustand obwaltet, ist natürich der entgegengesetzte Weg einzuschlagen; hier emfehlen sich klleine Dosen Tart. stib., so angewendet, dass Nausea und Er-

brechen vermieden werden. — In allen Fällen aber ist für regemässige Leibesöffnung Sorge zu tragen, wobei aber die Anwendung der Drastica ausgeschlossen ist. — Eine mässige Uebung der sexuellen Funktionen wird von G. den Kranken empfohlen, und unverheiratheten Kranken die Ehe angerathen.

Oertlich wendet G. schwache Injektionen von Argent. nitric. oder von Plumb. acet. mit Extr. Opii an. Die Einspritzungen müssen drei Mal täglich gemacht und jedes Mal drei bis vier Minuten in der Harnröhre zurückgehalten werden. In hartnäckigen Fällen kauterisirt man, und zwar einmal wöchentlich, die Pars prostatica urethrae oder die ganze Urethra. Ausserdem sind kalte Sitzbäder des Morgens und Abends und öfters wiederholte Blutegel ad perinaeum oder ad anum anzurathen. Diese Behandlung muss aber, wenn sie erfolgreich sein soll, mit grosser Ausdauer und Geduld fortgeführt werden, da Monate darüber hingehen, ehe ihr Nutzen sichtlich wird. Bei tiefer Gemüthsverstimmung wird es oft nothwendig, den Kranken auf Reisen zu schicken, um ihn seiner Melancholie zu entreissen.

III. Syphilis und Dermatologie.

Ueber kurative Syphilisation; von Dr. B. Fronmüller, (Würzburger medizinische Zeitschrift, 1. Band, 6. Heft. 1860.)

Verf. empfiehlt, auf Grundlage der von ihm und vielen Anderen mittelst der Syphilisation erzielten, glänzenden Resultate, dieses Heilverfahren bei allen Arten der *konstitutionellen* Syphilis, und vermuthet, dass die Wirkungsweise desselben in einer Reduktion der konstitutionellen Erscheinungen auf rein primäre besteht und dass durch die zahlreichen Impfgeschwüre ein Ableitungsort für das im Organismus verbreitete syphilitische Virus gesetzt wird (somit im Gegensatze zu der allgemeinen Annahme, dass durch die Impfung der Organismus mit dem syphilitischen Gifte saturirt wird); er schliesst daraus, wie auch aus der Thatsache, dass durch die Ansteckung verschiedener Individuen von *einer* Kranken die verschiedensten Formen der Syphilis entstehen können, dass es nur *eine* syphilitische Erkrankung gebe, die aber durch Verschiedenheit der Individualität und der jeweiligen Beschaffenheit des Organismus verschieden modifizirt werde. — Angezeigt findet F. die Syphilisation bei konstitutioneller Syphilis sowohl der Erwachsenen (auch der Schwangeren) als der Kinder; gelingt aber schwieriger und schützt weniger vor Rezidiven, wenn schon früher Merkur angewendet wurde. Auch sollen etwaig vorhandene Entzündungen vorerst gehoben werden.

Für die erste Impfung wählt man den Eiter von frischen Schankern, für die folgenden den der Impfungspusteln und Geschwüre; die geeignetsten Stellen sind die Seitengegenden des Brustkorbes, die äussere Fläche des Oberarmes, die Bauchflächen, die vorderen und hinteren Schenkelflächen. Das Verfahren ist ähnlich dem bei der Kuhpocken Impfung. Etwa 2 Zoll unter der Achsel und 1 Zoll

vom Rande des Pectoralis maj. werden 6, einen Zoll von einander entfernte Stiche in horizontaler Richtung gemacht, nach 2 bis 3 Tagen, je nach der Reaktion, die zweite Reihe 1 Zoll tiefer und sofort bis die Reaktion gänzlich ausbleibt. Die Impfstellen werden mit, durch Heftpflaster befestigten Lappen bedeckt. Dabei strenge örtliche und allgemeine Reinlichkeitspflege, öftere lauwarme Bäder, stärkende Diät und mässige Bewegung im Freien bei günstigem Wetter.

Nach Verlauf eines oder mehrerer Tage, je nach der Individualität, entstehen kleine, dünnflüssigen Eiter enthaltende, meist mit einer Areola versehene Pusteln, die sich auf 3—5 Zoll Durchm. vergrössern, einen kleinen Eindruck mit einem schwarzen Punkte haben und dann eine vollkommen purulente, mit Blut gemischte Materie einschliessen; diese fliesst, wenn die Pustel nach 4, 6 bis 8 Tagen aufbricht, theils ab, theils vertrocknet sie über dem, stets alle Charakteristica des Schankers zeigenden Geschwüre oder der, durch Zusammenlaufen mehrerer solcher gebildeten Geschwürsflächen. Die Geschwüre im Beginne der Behandlung sind gross, tief, mit scharfen Rändern versehen, sondern viel Eiter ab, und heilen oft erst nach Wochen, nachdem die Fleischwärzchen derselben die Haut weit überragt haben, die später entstandenen werden immer kleiner, oberflächlicher, haben keine scharfen Ränder, endlich bilden sich nur leichte Exkoriationen. Auch die Höfe werden um die später entstandenen Pusteln immer blässer. Die längste Dauer der Kur war nach Böck bei 47, früher nicht mit Merkur behandelten Syphilitischen 7 Monate, 11 Tage; die kürzeste 1 Monat, 29 Tage, dabei können die Kranken einer nicht anstrengenden Berufsbeschäftigung nachgehen. Auch die Narben an den Impfungsstellen schwinden mit der Zeit gänzlich. — Bei früher mit Merkur Behandelten soll die Kur durch den gleichzeitigen Gebrauch von Jodkalium etwas abgekürzt werden können.

Verf. erklärt schliesslich die Syphilisation als die in jeder Hinsicht sicherste, vor Recidiven am ehesten schützende — mit einem Worte als *spezifische* Heilmethode gegen konstitutionelle Syphilis *).

---

*) Die bisherigen Erfahrungen von Hebra und Sigmund scheinen uns wenn gleich nicht ganz gegen die Syphilisation, doch keineswegs zu Gunsten derselben zu sprechen. — Hebra, der diese Methode an 24 Kranken, von denen der grösste Theil mit den mannigfaltigsten Erscheinungen der sekundären Syphilis behaftet waren, gelangte auf Grundlage seiner Beobachtungen (Ztschft. d. Gesellsch. d. Aerzte, Nr. 9, 1860.) zu folgendem Resultate: Sowohl primär als auch sekundär syphil. Kranke befinden sich während der fortgesetzten Impfung von Schankergeschwüren vollkommen wohl, bekommen ein gutes Aussehen, nehmen an Körpergewicht zu und *verlieren nach und nach alle sowohl objektiven, als auch subjektiven Erscheinungen der Syphilis*. Der Verlauf der syphilitischen Symptome ist während der Syphilisation ebenso, als während einer merkuriellen oder Jodbehandlung, nur etwas langsamer. Eine parallele Behandlung (durch Jod, Merkurialmittel, Holztränke, Laxanzen etc.), die in einigen Fällen eingeleitet wurde, lehrte, dass in Bezug auf Kürze der Krankheitsdauer, Schnelligkeit und Sicherheit der Heilung den *Merkurialkuren der unbedingte Vorzug* eingeräumt werden musste. — Sigmund zieht aus seinen an 15 Kranken angestellten Versuchen (W. Med. Halle Nr. 17, 1860)

Ueber syphilitische Oesophagus-Strikturen, von J. F. West. (Dublin Journal, Februar 1860.)

Die Mehrzahl der Autoren über pathologische Anatomie und Syphilis übergeht die syphilitischen Strikturen des Oesophagus gänzlich, während die Anderen ihr Vorkommen stets nur mit einem gewissen Rückhalt zugeben. Verf. theilt nun zwei Fälle von Verengung der Speisenröhre mit, die auf keine andere Entstehungsursache als auf Syphilis zurückgeführt werden können.

Dieselben betreffen zwei junge Frauenzimmer, deren jede bereits von mehreren Formen sekundär syphilitischer Affektionen heimgesucht war. Die eine der Patientinen sah W. im Spitale, wo sie schon sehr abgemagert und anaemisch zur Aufnahme kam. Sie hatte früher bereits mehrere Merkurialkuren durchgemacht, zeigte auch damals noch ausgebreitete syphilitische Geschwüre im Rachen, an den Mandeln, am harten und weichen Gaumen, und klagte insbesondere über komplete Unmöglichkeit zu schlingen. Die Untersuchung ergab ein Hinderniss im Oesophagus und die Einführung einer Sonde in denselben brachte nur den Vortheil, dass die Patientin durch eine kurze Zeit Flüssigkeiten zu sich nehmen konnte. Die eingeschlagene Medikation, bestehend in der Einflössung nährender Brühen, in örtlicher und allgemeiner Behandlung der Syphilis führte nicht einmal anhaltende Besserung herbei. Die Gastrotomie, das einzige Rettungsmittel bei diesem trostlosen Zustande, bot hier keine Aussicht auf Erfolg; einerseits, weil die Patientin so gar herabgekommen war, anderseits, weil sich auch Symptome vorfanden, die auf eine weit vorgeschrittene Tuberkulose hindeuteten. Die ganze Behandlung konnte hier demnach nur eine rein palliative sein und die Kranke ging auch bald an Erschöpfung zu Grunde. Aus dem Sektionsbefunde wäre hervorzuheben: Eine bedeutende Erweiterung der oberen Partie der Speisenröhre, und unterhalb derselben wieder auf eine Strecke von 2½ Zoll eine solche Verengung, dass kaum eine Sonde Nr. 4 durch den dritten normalen Abschnitt des Oesophagus durchgeführt werden kann. Die verengte Stelle bot eine ähnliche Bildung dar, wie eine veraltete Harnröhren-Striktur und die verdickte Schleimhaut oberhalb derselben zeigte sich hie und da mit Flecken besetzt, die von frisch vernarbten Geschwüren herzurühren schienen.

Die zweite Patientin befindet sich in des Verf. Privatbehandlung und derzeit noch am Leben. Sie hat neben anderen sowohl primär, als sekundär syphilitischen Affektionen auch schon mehrmals Ulcerationen im Schlunde und am Gaumen dargeboten. Eine zweckmässig eingeleitete Merkurialkur und mehr noch die Anwendung des Jodkalium brachte im Allgemeinbefinden Erleichterung; allein seit einem Jahre leidet die Kranke an Schlingbeschwerden, und zur Zeit der Mittheilung dieses Falles hatten dieselben bereits einen so hohen Grad erreicht, dass sie nur mehr flüssige Nahrung geniessen konnte. Das Hinderniss zeigte sich auch hier im Oesophagus, und zwar in einer Tiefe von 4 Zoll und die Verengung war an dieser Stelle so bedeutend, dass eine Sonde mittleren Kalibers nicht mehr durchging. Verf. befürchtet auch in diesem Falle einen ähnlichen Ausgang, wie in dem früher mitgetheilten.

Erwähnt muss noch werden, dass in keinem der beiden Fälle der Genuss ätzender Flüssigkeiten der Strikturenbildung voraus-

---

folgende Schlüsse: 1. Eine Immunität gegen das Kontagium der Syphilis gibt es nicht, sie besteht höchstens auf kurze Zeit. 2. Während der Syphilisation ist das körperliche Befinden ein auffallend gutes. 3. Die einzelnen Formen der Syphilis bessern sich unter der Impfung; es. frägt sich jedoch, ob nicht dasselbe geschieht, wenn die Kranken unter guter Pflege sich selbst überlassen bleiben. 4. Fast alle Syphilisirten werden rückfällig. 5. Die in der angegebenen Weise (ähnlich der oben beschriebenen) geübte Syphilisation kann dem sonst üblichen Verfahren (Merkurialbehandlung) zur Heilung der Syphilis nicht gleichgestellt werden. *Die Redaktion.*

gegangen war, und dass durchaus keine Erscheinungen vorlagen, um dieselbe von tuberkulöser oder krebsiger Entartung des Oesophagus abzuleiten.

Zwei seltene Fälle tertiärer Syphilis; von Dr. Gouriet in Niort (Gazette des Hôpitaux, Januar 1861).

1. Fall: *Gehirnerscheinungen mit Lähmung des Nervus abducens.*

M. X., 28 Jahre alt, von zarter Konstitution, sanguinischem Temperamente kam im März 1858 mit einer Urethral-Blennorrhoe und einem indurirten Schankergeschwür in loco frenuli penis zu G., welcher tägliche Kauterisationen und Einstreuungen von Calomel vornahm, täglich eine Pille von 0.05 Grm. (= 2·7 Gran) *Protojoduret. hydrargyri* und Injektionen nach Ricord verordnete. — Nach 14 Tagen war der Ausfluss verschwunden und nachdem der Kranke 70 Pillen genommen hatte, sich auch keine weiteren Krankheitserscheinungen zeigten, gab er die weitere Behandlung auf, ohne sich von Exzessen jeder Art zu enthalten; vorzugsweise ergab er sich dem unmässigen Genusse alkoholischer Getränke. Das Jahr verstrich, ohne dass sich die syphilitische Diathese irgendwie manifestirte. Im April 1859 zog sich der Kranke eine zweite Blenorrhoe zu, welcher eine Orchitis sich hinzugesellte. Gleichzeitig entstand an der vorderen Fläche des rechten Vorderarms eine haselnussgrosse, harte, schmerzlose bläuliche Geschwulst, welche, von breiten, sich zeitweilig abstossenden Schuppen bedeckt war. Der Kranke achtete nicht darauf und widersetzte sich jeder weiteren Behandlung, nachdem er von seiner Blennorrhoe und Orchitis befreit war. Am 25. Juni stellte sich ein fixer, sehr intensiver Schmerz über der linken Augenbraue ein; desgleichen galliges Erbrechen ohne Fieber und ohne die geringste Schmerzhaftigkeit der Regio epigastrica, die Zunge belegt; keine Stuhlentleerung. — (Pulsfrequenz ist nicht angegeben. — *Der Ref.*) Am dritten Tage zeigte sich eine sehr bemerkenswerthe Erscheinung: das linke Auge wurde auffallend nach innen abgelenkt, gleichzeitig trat Doppeltsehen auf. G. erklärte die zwei Reihen von Krankheitssymptomen, den fixen Schmerz über der linken Augenbraue und das sympathische Erbrechen einerseits, die Lähmung des Nervus abducens andererseits durch eine Erkrankung innerhalb der Schädelhöhle und schloss auf eine syphilitische Periostalgeschwulst an der Basis cranii, durch welche auf das sechste Nervenpaar der linken Seite ein Druck ausgeübt werde. — In dieser Voraussetzung verordnete er *Jodkali* (30 Gramm. auf 500 Gramm. Aquae dest. — beinahe 7 Drachmen auf 14 Unzen) drei Esslöffel täglich, ferner purgirende Clysmen und Früh und Abends ein halbes Glas Vichy-Wasser, dennoch minderte sich das Leiden des Kranken nicht, so dass er nach drei Wochen ausserordentlich abgemagert und geschwächt war; da erst liessen seine heftigen Kopfschmerzen nach und das Erbrechen wurde seltener, auch wurde endlich etwas Nahrung vertragen und allmälig kehrten die Kräfte wieder. Der Rekonvaleszent führte ein regelmässiges Leben, setzt den Gebrauch des *Jodkali* fort; Strabismus und Diplopie, obgleich stets in Abnahme begriffen, dauerten am längsten und verschwanden erst vollständig im Monate Oktober. Sich nun für geheilt haltend, gab sich M. X. neuen Exzessen hin und schon Ende November zeigten sich neue Krankheitserscheinungen. Am linken Nasenflügel entstand eine Ecthymapustel, die sich bald in ein Geschwür mit scharf abgeschnittenen Rändern und zerfallenem, immer tiefer werdendem Grunde verwandelte. In der Nähe entwickelten sich zwei ähliche Pusteln. *Jodkali* wurde nun erfolglos angewendet; so auch führte der Gebrauch von *Protojoduretum hydrargyri* keine Heilung herbei. Am 15. Jänner verordnete G. endlich Ricord's. „Sirop. mixte“ von *Merc. bijodat. flav.* und *Kalium jodatum**). Nach 14 Tagen war vollständige Heilung erzielt, selbst das Tuberkelsyphilid am Vorderarme, welches seit seinem Entstehen denselben Anblick darbot, und welches bei der früher eingeleiteten Behandlung

*) Die näheren Augaben darüber fehlen. — *Der Ref.*

durch sechs Monate ganz unverändert blieb, heilte jetzt unter der Anwendung des „Sirop. mixte“ rasch zu und es zeigten sich fortan keine Krankheitserscheinungen mehr.

2 Fall: *Hirnzufälle mit Lähmung des Nervus facialis.*

M. C., 24 Jahre alt, von sehr schwächlichem Körperbau hatte im Jahre 1857 eine Blennorrhoe, während deren Verlaufe er eine Cystitis überstand. Im Februar 1858 zog er sich einen indurirten Schanker in der Mitte des Sulcus glandis zu. (Therapie: Kauterisation mit *Nitras argenti*; Einstreuungen von *Calomel;* 120 Pillen von *Projoduretum hydrargyri*). Vier Monate lang zeigte sich kein Symptom konstitutioneller Erkrankung. Im Juli erst entstand eine ausgebreitete Ulceration der rechten Tonsille, gleichzeitig entwickelte sich am Stamme ein psoriasisähnlicher, abschuppender Ausschlag; auch bildeten sich einzelne Ecthymapusteln. Der Kranke klagt ferner über heftige Schmerzen in der linken Kopfhälfte und ist beinahe fortwährend in einem betäubten Zustande. G. verordnete *Jodkali* in grossen Dosen, worauf Kopfschmerzen und das Tonsillargeschwür heilten. Das Hautsyphilid wurde erst durch Merkurialpillen zum Schwinden gebracht. Im Jäuner kamen neue zahlreiche Ecthymaeruptionen an verschiedenen Stellen des Körpers zum Vorschein. Der Kranke war sehr abgezehrt und schwach und es wurden ihm zunächst tonisch bittere Mittel und Blancard'sche Pillen verordnet. Am 5. März entstand plötzlich, ohne irgend ein Prodromalsymptom eine *Faciallähmung der linken Seite,* überdiess zeigte sich *die Pupille dieser Seite erweitert,* bei vorhandener Kontraktilität beider und ungestörtem Sehvermögen; sonstige Lähmungserscheinungen nicht vorhanden. — Der Kranke ist häufig stumpfsinnig, ausserordentlich apatisch, schlafsüchtig, ohne jedes Erinnerungsvermögen, jedoch vollkommen fieberfrei, Kopfschmerz gering.

Es handelte sich nun um die Erklärung der vorhandenen Erscheinungen. Einer pathologischen Veränderung, welche den Nervus facialis allein träfe, widersprachen die Gehirnerscheinungen und die Pupillenerweiterung der entsprechenden Seite; eine gemeinschaftliche Ursache für den Gesammtkomplex der vorhandenen Gehirnerscheinungen, also vorzugsweise der intellectuellen Störungen, der Mydriasis, der Lähmung des Nervus facialis — bei intakter Motilität der übrigen Körpertheile — erklärt G. durch die Annahme einer pathologischen Veränderung, welche die Oberfläche des Gehirns an ihrer Basis in geringem Umfange betrifft, durch welche gleichzeitig der Facialnerve der entsprechenden Seite in Mitleidenschaft gezogen wird und schloss, wie in dem 1. Falle auf eine *Periostalgeschwulst syphilitischen Ursprungs* an der entsprechenden Stelle der Basis cranii, durch deren Druck sämmtliche Erscheinungen abzuleiten wären. — In dieser Voraussetzung verordnete G. 20 Gramm. *Jodkali* auf 500 Gramm. *Syrup. Sassaparillae* (= etwa $4\frac{1}{2}$ Drch. auf 14 Unzen), wovon täglich Früh und Abends ein Esslöffel voll zu nehmen; ferner ein grosses Vesikator in den Nacken und täglich ein Sennaklystier, jeden dritten Tag ein Purgans, an allen andern Tagen Früh und Abends ein Glas Vichy-Wasser. Unter dieser Behandlung verminderten sich die Symptome sehr rasch; nach acht Tagen waren die meisten Hirnerscheinungen geschwunden und bis Mitte April (somit nach sechs Wochen) war auch die Lähmung des N. facialis geheilt. —

Die vorangehenden Krankengeschichten schliesst G. mit folgenden Betrachtungen:

1. Bei der Lähmung eines Gehirnnerven müsse man besondere Rücksicht auf den Zustand der Gehirnfunktionen nehmen, um nicht zu einer fehlerhaften Diagnose zu gelangen. In den vorliegenden Fällen hätte man bei geringerer Würdigung der Cerebralerscheinungen den Sitz der Erkrankung in den Austrittskanälen der betreffenden Nerven gesucht.

2. Eine leichte Kompression des Gehirns kann Störungen in den intellectuellen Funktionen desselben herbeiführen, ohne auf die Motilität oder Sensibilität der Gliedmassen Einfluss zu nehmen.

3. Die Hartnäckigkeit der konstitutionellen Syphilis, von welcher Rezidiven selbst nach wiederholter Behandlung einzutreten pflegen, sucht G. einerseits in der Schwierigkeit die syphilitische Diathese aus dem Organismus zu bannen, anderseits in dem Umstande, dass die trotz entsprechender Behandlung noch zurückbleibenden, geringen Reste des Giftes, die vielleicht von selbst schwinden würden, durch ausschweifende, unregelmässige Lebensweise neuerdings Verheerungen anzurichten im Stande sind.

4. Krankhafte Zustände der Verdauungswerkzeuge kommen besonders in Betracht, da hiebei einerseits durch die Störungen der Verdauung der Stoffwechsel — die Ernährung leidet, anderseits die Aufnahme von Medikamenten behindert ist; sie erfordern demnach bei der Behandlung Syphilitischer in erster Reihe Berücksichtigung.

Beitrag zur Lehre von den durch pflanzliche Parasiten bedingten Hautkrankheiten; von Dr. Julius Stein in Bayreuth (Prager Vierteljahrschrift, 4. Band 1860).

Verf. wurde im November v. J. zu einer Familie gerufen, deren Glieder fast alle an einem eigenthümlichen Hautausschlag litten, der sowohl im Gesichte als auch an anderen Körpertheilen seinen Sitz hatte. Die Eruptionen, welche sich durch ihre Ringform charakterisirten, stellten bald groschengrosse etwas erhöhte, rothe, auf Fingerdruck erblassende, stellenweise mit ganz dünnen Schüppchen bedeckte Flecke dar; bald waren es gelbbraune Schorfe von weniger als Linsengrösse, um welche in einer Entfernung von $1/4$ — 1 Linie in vollster Blüte stehende Herpesbläschen einen Kreis bildeten; bald war in der Mitte eines solchen Bläschenkranzes ein röthlicher Fleck, der mit sehr kleinen weissen Schüppchen bedeckt war; bald endlich waren diese Centralschüppchen von einem kreisrunden Schorfe von geringem Durchmesser umgeben. Verf. hegte keinen Zweifel, dass der von einem heftigen Jucken begleitete Ausschlag, der auf das Allgemeinbefinden keinen Einfluss ausübte, eine Form von Herpes circinatus sei, konnte aber die denselben bedingenden Pilze nicht finden. Er forschte nach, auf welche Weise die Kranken zu ihrem Leiden gekommen seien, und seine Aufmerksamkeit wurde auf eine junge Katze gelenkt, die bei dem jüngsten, am heftigsten befallenen Familiengliede schlief und sich seit drei Monaten auf mehreren Stellen des Körpers heftig kratzte, dabei abmagere und die Haare verliere. Die Besichtigung des Thieres zeigte, dass dasselbe an einem Hautausschlage leide und bei der Untersuchung eines Büschels mit verklebenden Schorfen und Epidermisschüppchen besetzter Haare, die zumeist atrophisch, abgebrochen und zerfasert waren, fanden sich bald die Pilze, welche Gruby als Mikrosporon Audouini beschreibt.

Diese Pilzform charakterisirt sich im Allgemeinen dadurch, dass die Sporen sehr klein sind, die Fäden der Längenachse des Haares

parallel laufen, ungegliedert und sehr schmal sind, und dass Fäden und Sporen sich nicht im Innern des Haares, sondern an dessen äusserer Fläche unter dem Oberhäutchen verbreiten. Nach Gruby beginnt die Pilzbildung erst, wenn das Haar den Haarbalg verlassen hat und 2—3 Mm. über die Epidermis hervorragt; Verf. konnte sich aber in einzelnen Fällen überzeugen, dass die Fäden — nicht die Sporen — längs der Haarwurzel hinab bis zum Haarknopf sich erstreckten, während die Wurzelscheiden vollkommen frei blieben; auf den Fäden, besonders auf ihrer äusseren, dem Oberhäutchen zugewendeten Seite, sitzen dann Pilze, und mit der Bildung dieser Pilze tritt zu gleicher Zeit oder schon früher eine sehr bedeutende Wucherung des dachziegelförmig angeordneten Haaroberhäutchens ein. Dieses wird später zersprengt und seine Schüppchen finden sich dann häufig in der Umgebung und bilden mit den massenhaft abgefallenen Haaren Epidermisschuppen und Sporen einen mehligen Detritus auf den mehr oder weniger kahlen Stellen der behaarten Haut.

Verf. muss nach seiner Beobachtung der Ansicht Gruby's widersprechen, dass beim Mikrosporon Audouini (deren Sporen, wie ersterer annimmt, von aussen zum Haare gelangen, und dann das Oberhäutchen zur Lockerung bringen und so zum Haarschaft kommen), ausser den Kryptogamen kein pathologisches Produkt vorhanden sei; da in seinem Falle unzweifelhaft selbst tiefere Hautgebilde ergriffen waren. Auch der Ansicht widerspricht der Verf., dass das Mikrosporon Audouini, welches Gruby als Ursache des Porrigo decalvans annimmt, mit dem Trychophyton tonsurans, das den Herpes tonsurans bedinge, identisch sei, nur dass ersteres nicht an der Wurzel des Haares, sondern am Schafte sitze; indem insbesondere die Sporen dieser beiden pflanzlichen Parasiten sowohl in Form als auch Bildungsweise bedeutende Verschiedenheiten darbieten. Auch scheint ihm aus dem Bilde, das die verschiedenen Schriftsteller vom Porrigo decalvans entwerfen, hervorzugehen, dass unter diesem Namen entweder verschiedene Stadien derselben Hautkrankheit oder selbst verschiedene Krankheiten der behaarten Theile zusammengefasst worden sind; denn bald finden sie eine ganz glatte, glänzende Haut, bald ist sie aufgeschwollen und geröthet, bald ist sie wie rasirt, bald mit feinem Staube und grauen Schüppchen bedeckt, bald ohne jede Veränderung. Bei der vom Verf. untersuchten Katze erscheint das durch Mikrosporon Audouini bedingte Hautleiden unstreitig an einzelnen Stellen Porrigo decalvans, an anderen Herpes tonsurans, und hieraus zieht er den Schluss, dass der ganze Unterschied in der Wirkung dieser beiden Pilzformen nur ein *gradueller,* kein *spezifischer* sei.

Beide rufen im Wesentlichen dieselben pathologischen Erscheinungen hervor, nämlich: Abbrechen oder Ausfallen der Haare an mehr oder weniger umschriebenen Stellen mit grösserer oder geringerer Reaktion der Haut. Man sollte daher auch für die durch dieselben bedingten Krankheitsformen den Namen Porrigo decalvans ganz fallen lassen und sie nur mit Herpes tonsurans bezeichnen; zur

Unterscheidung der durch den einen oder anderen Pilz bedingten Art derselben könnte man den Namen der Entdecker dieser Pilze Malmsten (Trichophyton tonsurans) und Gruby (Mikrosporon Audouini) hinzufügen. Getrennt von dieser Form von Erkrankungen der behaarten Theile müsste jene Art von Alopecia circumscripta werden, die auch mitunter Porrigo decalvans genannt wird, die aber gar nicht durch Pilze bedingt ist, sondern (Dr. Spies) die Haare werden aufgetrieben, brechen ab und fallen aus, bei gänzlicher Integrität der Haut.

Verf. erklärt nun weiter, dass sowohl der Herpes tonsurans als auch H. circinatus ansteckend und dass die Sporen der ihn bedingenden Pilze die Uebertragung vermitteln; dass ferner die Sporen dieser Parasiten, wenn sie auf einen andern Theil der Körperoberfläche als die behaarte Kopfhaut gelangen, und sich dort festsetzen und vermehren, den Herpes circinatus bilden. Dass die hier geschilderte Ansteckung durch pflanzliche Parasiten auch von Thieren auf Menschen erfolgen kann, ist sowohl durch die Beobachtung des Verf., als auch durch andere in der Literatur verzeichnete erwiesen.

Was die *Behandlung* des Herpes tonsurans betrifft, so dürfte die *Epilation*, die Bazin vorgeschlagen, immerhin die wichtigste Indikation sein. Diese darf sich aber nicht auf die Entfernung der schon mit blossem Auge sichtbar ergriffenen Haare beschränken, sondern muss noch einen Theil der nächsten Umgebung mit in sich begreifen, denn man findet unter den scheinbar gesunden Haaren derselben immer einzelne von Pilzen schon mehr oder weniger ergriffen. Eine wiederholte mikroskopische Untersuchung des Nachwuchses der Haare dürfte um so weniger zu versäumen sein, als gerade bei diesem kranke Haare mitten unter den gesunden oft eine bedeutende Höhe erreichen, und indem das Charakteristicum der abgebrochenen Haare fehlt, man sich leicht der täuschenden Sicherheit einer vollkommenen Heilung hingibt.

Nach der Epilation, die immer nur von theilweisem Werthe ist, da die ebenfalls kranken Haarwurzeln meistens nicht mit entfernt werden können, empfiehlt Bazin Waschungen mit Sublimat (30 Gr. aufgelöst in Alkohol und mit 16 Unzen Wasser verdünnt), mehrere Tage fortzusetzen, später die Jodschwefelsalbe (30—50 Centigr. auf 30 Grammen Fett).

Koch empfiehlt das Acidum sulfurosum (2 Unzen auf 6 Unzen dest. Wasser), Anfangs, so lange die Entzündung der Haut stärker, mehrmals täglich, später zu anhaltenden Fomenten.

Baerensprung empfiehlt mehrmaliges tägliches Waschen mit Seife, dann eine Salbe von Hydrarg. amidato.bichloratum (Merc. praecip. albus) (2—5 Gran auf 1 Drch. Fett), so lange damit fortzufahren, „bis die Regeneration der Epidermis und der Nachwuchs junger Haare beweist, dass die Ursache, von welcher die Zerstörung abhing, nicht mehr fortdauere“ — was jedoch nur eine sorgfältige mikroskopische Untersuchung zu entscheiden vermag.

Gegen Herpes circinatus erwies sich dem Verf. die verdünnte Salzsäure sehr rasch wirksam; Hebra empfiehlt Schmierseife. An-

dere Sublimatwaschungen; v. Baerensprung als besonders wirksam obige Präcipitatsalbe.

Elephantiasis des Schenkels und Fusses, geheilt durch Unterbindung der Schenkelarterie; von Dr. Ogier in Charlestown. (Charlestown Medical Journal. November 1860.)

Von Ligaturen grosser Gefässe bei Elephantiasis citirt Vf. 4 Fälle von Carnochan aus New-York und Einen, von Erichsen in London. Vf. selbst machte die Unterbindung der Art femoralis jüngst bei einem 26jährigen Neger mit enormer Verdickung des Schenkels und des Fusses, aber sonst von gesunder Körperbeschaffenheit. Die Stelle der Unterbindung war die Spitze des Scarpa'schen Dreiecks. Die Operation ging gut von Statten, doch hatte der Patient am 15. Tage darauf eine starke Haemorrhagie, der man nur schwer Meister werden konnte. Bald aber begann die Extremität an Umfang zu verlieren (schon vom 2. Tage nach der Operation an); nach drei Monaten hatte das Glied seine natürliche Dimension und der Kranke konnte ohne Schwierigkeit und Schmerz umher gehen. Der Verf. bemerkt schliesslich selbst, dass vor Ablauf von mindestens einem Jahre kein voreiliger Schluss auf sichere Heilung gezogen werden dürfte; trotzdem scheint uns dieser Fall bei der bekannten Ohnmacht aller gegen die Elephantiasis vorgeschlagenen Mittel beachtenswerth.

IV. Chirurgie, Ophthalmologie und Otiatrik.

Beiträge zur chirurgischen Pathologie der Venen; von B. Langenbeck. (Archiv für klinische Chirurgie, 1. Band, 1. Heft. 1860.)

(Schluss.) *)

II. Die Geschwülste der Gefässscheiden und die Exstirpation derselben.

Die Blutgefässe können in dreifacher Weise von krankhaften Geschwülsten in Anspruch genommen werden, nämlich 1) durch Entwicklung der Fremdbildung in der Höhle des Blutgefässes vom Blute aus, 2) durch Entwicklung der Geschwulst an der Gefässscheide, und 3) durch Verwachsen der Geschwulst mit den Gefässen, welche sich in ihrer Nähe befinden.

Neubildungen (namentlich Carcinome) in dem Gefässlumen kommen ziemlich selten vor, betreffen fasst ausschliesslich die Venen und werden kaum je Gegenstand chirurgischer Behandlung.

Häufiger werden die beiden anderen Kategorien beobachtet; befinden sich grosse Blutgefässe in dem Wege einer sich entwickelnden Geschwulst, so werden sie meist durch dieselbe dislozirt, höchst selten von den Geschwulstmassen erfasst und umwachsen. Am häu-

---

*) Siehe: Jännerheft, Seite 41.

figsten beobachtet man dieses Verdrängtwerden der grossen Gefässe bei Geschwülsten der Schilddrüse. Während der Entwicklung umfangreicher Strumen wird die Carotis und Vena jugularis interna allmälig so nach Aussen verdrängt, dass man sie am vorderen Rande des Cucullaris pulsiren fühlt. Sekundäres Verwachsen der grossen Gefässe kommt vor, wenn sich dieselben im Bereich rasch wachsender Carcinome oder Medullarsarcome befinden und diese nicht eingekaspelt sind, sondern alle Nachbargewebe rasch durchwachsen. Primitive Verwachsungen kommen vor bei den Dermoidcysten, dem Drüsensarcome und den Epithelialcarcinomen.

Die Dermoidcysten oder Atheromcysten finden sich, abgesehen von ihrem häufigen Vorkommen in der Kopfhaut und dem Hautgebilde überhaupt, in den tieferen Regionen an verschiedenen Stellen des Halses und Nackens (meistens am Kehlkopf).

Es ist wahrscheinlich, dass diese Cysten von der Gefässscheide der carotis und der vena jugularis ausgehen können. (Verf. macht hier aufmerksam, dass diese beiden Gefässe nicht von einer gemeinschaftlichen Bindegewebsscheide umhüllt werden, wie dies gewöhnlich angenommen wird.)

Häufiger als die Atheromcysten kommen die Drüsensarcome und das Epithelialcarcinom an der Gefässscheide vor, und es ist hier wieder die Venenscheide der gewöhnliche, vielleicht ausschliessliche Entwicklungsboden der Geschwulst. Die Scheide der grossen Venen wird von einem zahlreichen Lymphdrüsengeflecht vollständig umsponnen und durchsetzt, und diese scheinen der Entwicklungsboden jener Fremdbildungen.

Das Drüsensarcom (Hypertrophie der Lymphdrüsen) kann eine grössere Reihe von Lymphdrüsen der Venenscheide gleichzeitig befallen, so dass die Vene im Laufe des Wachsthums der Geschwülste von denselben vollständig eingeschlossen, durch Druck in ihren Lumen beengt, die Blutbewegung durch den Venenstamm erschwert wird, und die zum Stromgebiet desselben gehörigen Aeste und oberflächlichen Venen durch Blutstauung ausgedehnt werden. Sehr wichtig ist das Wandern der dem Zuge der Geschwulst folgenden Vene nach der Oberfläche hin, so dass tief liegende Gefässe (jug. comm.) ganz oberflächlich zu liegen kommen, was den Operateur in nicht geringe Verlegenheit bringen kann. Eine Verödung der Venen durch Druck der Geschwulst, namentlich über ein Hineinwachsen der Geschwulstmassen in das Venenlumen oder sekundäre Verwachsung mit der Scheide der Carotis scheint beim Drüsensarcom nicht vorzukommen.

Ein anderes Verhalten zeigt das Epithelialcarcinom der Gefässscheide. Die Lymphdrüsen der Venenscheide, auch hier der erste Entwicklungsboden der Geschwulst, verwachsen sehr bald mit der Venenwand und mit der Scheide des benachbarten Arterienstammes, so dass beide Gefässe von der Gewulst umfasst werden. Während aber die Venenwand sehr bald von den Carcinommassen durchbrochen und das ganze Venenrohr in die Geschwulst aufgenommen wird, bleibt die Arterie wegsam oder wird wenigstens viel später von den Geschwulstmassen eingenommen.

Wenn die Exstirpation der an der Gefässscheide sitzenden Geschwülste in Frage kommen soll, ist die exacte Diagnose derselben von der grössten Bedeutung, die zumeist auf den objektiven Befund zu gründen ist, wesshalb wir denselben auch etwas ausführlicher geben müssen.

Die Atheromcysten der Gefässscheide sind bis jetzt nur im Bereich der grossen Halsgefässe und zwar am häufigsten im obern trigonum cervicale (häufiger links als rechts) vorgekommen. — Sie bilden Geschwülste von runder oder ovaler Form und durchaus glatter Oberfläche. Fluktuation, wie solche durch einen breiigen Inhalt hervorgebracht wird, ist wahrzunehmen. Die Palpation von der Rachenhöhle mit der einen Hand, während die andere auf die Oberfläche der Geschwulst am Halse drückt, ist der Entscheidung der Fluktuation, wie des tiefen Sitzes der Geschwulst förderlich. Greift man mit den Fingern an der Innenseite der Cyste gegen ihre Anheftungsstelle, so fühlt man die Pulsation der Carotis. In den von L. beobachteten Fällen war die Cyste seitlich verschiebbar, in der Richtung der Lungenachse des Halses aber kaum beweglich. Neigt man den Kopf stark hintenüber und auf die entgegengesetzte Seite, so erhält die Geschwulst von der gegen die Wirbelsäule gedrängten Carotis die Pulsationen mitgetheilt. (Eine Verwechslung der Atheromcysten mit andern tiefen Halsgeschwülsten ist nicht leicht möglich, indem die vollkommen glatte und pralle Oberfläche und die überall gleichmässig wahrzunehmende Fluktuation sie von den sonst sehr ähnlichen kleinen Drüsensarcomen unterscheidet.)

Das Drüsensarcom der Gefässscheide bietet dieselben Erscheinungen dar wie das Sarcom der oberflächlichen Lymphdrüsen. Ursprünglich weich, elastisch, von lappiger Oberfläche, bisweilen durch Vereinigung vieler entarteter Drüsen in eine grössere Geschwulst entstanden, vollkommen schmerzlos und beweglich, kann diese Geschwulst in Folge von entzündlichen Erscheinungen, welche sie erfassen, sowohl ihre Weichheit als ihre Beweglichkeit einbüssen und der Sitz kontinuirlicher Schmerzen werden. Ein sicheres Merkmal, um den Ursprung der Geschwulst von der Gefässscheide zu erkennen, vermag Verf. nicht anzugeben, und die oft grosse Beweglichkeit der Geschwulst, die in der Verschiebbarkeit der verschiedenen Drüsengeschwülste unter einander ihren Grund haben kann, ist sehr geeignet, um Täuschungen zu veranlassen; andererseits können oberflächlicher sitzende Drüsensarcome durch entzündliche Exsudation mit den ebenfalls von Exsudat durchsetzten und verdickten Fascien dergestalt verschmelzen, dass ihre Beweglichkeit verschwindet.

Schärfer ausgesprochen sind die Symptome des Epithelialcarcinoms der Gefässscheide am Halse Diese kommt nur in höherem Lebensalter (selten vor dem 40. Jahre) vor, sitzt zumeist in der Mitte des Halses, in der Nähe des Kehlkopfes, und wird, da es überaus rasch mit den benachbarten Muskeln und Fascien, mit dem Kehlkopf u. s. w. verwächst, schon frühzeitig als wenig bewegliche Geschwulst beobachtet. Die Geschwulst bleibt selten lange

rund und glatt auf der Oberfläche, sondern wird durch ihre Verwachsung mit den Nachbartheilen uneben, hin und wieder in strangförmige Fortsätze auslaufend. Anfangs hart und resistent, gewinnt sie bei eintretender Erweichung eine teigige Beschaffenheit oder wird in seltenen Fällen deutlich fluktuirend, wenn eine Verflüssigung ihres Gewebes eingetreten ist. Von ihrem ersten Entstehen an empfindlich gegen Druck, wird die Geschwulst sehr bald der Sitz spontaner Schmerzen, welche mit der Zeit eine furchtbare Höhe erreichen.

Da die Vena jugularis Anfangs komprimirt, sodann von den Krebsmassen durchwachsen und vollständig verödet wird, so fehlen die Erscheinungen der Blutstauung in den zur Jugularis gehörigen Nerven wohl niemals. Schwindel, Kopfschmerz, Oedem der betreffenden Gesichtshälfte. Die Mitleidenschaft des Oesophagus, Pharynx und Larynx bedingen Veränderung der Stimme, Stridor laryngeus, Athemnoth und Deglutitionsbeschwerden.

Die Exstirpation der an den Gefässscheiden vorkommenden Geschwülste kann durch die unvermeidliche Unterbindung der grossen Gefässtämme gefährlich werden und gehört zu den bedeutendsten Operationen, welche die Chirurgie aufzuweisen hat.

Beim Atherom der Gefässscheide befindet sich der Chirurg in der unangenehmen Lage, eine doch immer nicht gefahrlose Operation machen zu müssen, wegen eines an sich geringfügigen Leidens. Dennoch ist Verf. der Ansicht, dass unter Vermeidung aller übrigen Operationsversuche nur die Exstirpation indizirt sein kann, da alle übrigen Mittel höchst unsicher sind und unter Umständen eben so gefährlich als die Exstirpation werden können.

Beim Drüsensarcom am Hals ist die Exstirpation unzweifelhaft indizirt, sobald ausser der Geschwulst keine anderen Lymphdrüsen krankhaft affizirt sind. Der Gebrauch der pharmazeutischen Mittel (Leberthran, Jodkalium und Jodeisen, das Zittmann'sche Decoct, die jodhaltigen Mineralwasser, der Gebrauch der Soolbäder u. s. w.) hat sich in allen Fällen L's. unwirksam erwiesen. (Von der längeren Anwendung der galvanischen Elektrizität hat L. bei zwei sehr grossen nicht operirbaren Drüsensarcomen des Halses eine erhebliche Verkleinerung, aber keine Heilung gesehen.) Grosse Drüsensarcome können durch die Jodschmierkur (1—2 Drachmen Ung. Kali jodat. pro die eingerieben) in rasche Erweichung übergeführt werden. Der ausgedehnte Zerfall einer umfangreichen Geschwulst ist aber in hohem Grade gefährlich und kann, wie die Erfahrungen des Verf. zeigen, pyaemische Infektion veranlassen. Nicht minder gefährlich scheint die partielle Exstirpation grosser Drüsensarcome zu sein, indem ein rascher Zerfall der Reste der Geschwulst Hämorrhagien veranlassen kann.

Beim Epithelialcarcinom der Gefässscheide gibt es kein anderes Rettungsmittel als die Exstirpation und es kann nur die Frage entstehen, ob man den Leidenden allen den Qualen überlassen will, welche die rasch eintretende Verwachsung der Geschwulst mit Larynx und Oesophagus herbeiführt, oder ob die gewiss niemals

gefahrlose Exstirpation der Geschwulst unternommen werden soll. Im letzteren Fall wird man stets darauf gefasst sein müssen, Carotis und Vena jugularis communis in der ganzen Länge der Geschwulst mit zu exstirpiren. Dass diese Operation ausgeführt werden kann, ohne irgend welchen unmittelbaren Nachtheil für die Hirnfunktionen, ja dass der operative Eingriff ein verhältnissmässig geringer ist, beweist ein von L. operirter Fall.

Wenn bei den im Bereich grosser Gefässe befindlichen Tumoren die Exstirpation indizirt ist, so erscheint die Technik dieser Operation von der grössten Wichtigkeit. Die unmittelbar drohenden Gefahren sind: Zu starker Blutverlust während der ganzen Dauer der Operation, plötzliche Verblutung aus einem verletzten Arterienstamm, Tod durch Lufteintritt in eine geöffnete Vene. L. stellt folgende Regeln für das Gelingen der Operation auf:

1. Der Hautschnitt muss so angelegt werden, dass er das Operationsfeld in der Tiefe vollkommen zugänglich und übersichtlich macht. Ein einfacher Hautschnitt genügt daher in der Regel nicht. Sind die Muskeln und Fascien von der Geschwulst nicht durchwachsen und voraussichtlich ohne grosse Schwierigkeit zu isoliren, so pflegt L. ein elliptisches Hautstück auszuschneiden. Die Breite der Ellipse wird bestimmt durch den Querdurchmesser der Geschwulst. Diese Schnittform macht die Wunde in der Tiefe vollkommen zugänglich und lässt, nach vollendeter Exstirpation, die genaue Vereinigung der Hautränder durch Suturen zu. Ist die Geschwulst von sehr bedeutendem Umfang und mit den Muskeln u. s. w. in grosser Ausdehnung verwachsen, so trennt er die Hautdecken in Form eines Lappens ab, dessen Ränder nach abwärts sehen. Am untern Rande des Hauptlappens werden alle die Geschwulst deckenden Theile, Fascien, Muskeln durchschnitten, bis die untere Grenze der Geschwulst von der tieferen Halsregion isolirt werden kann. Diese Schnittform hat vor dem von Dieffenbach empfohlenen Kreuzschnitt den Vorzug, weil sie die subkutanen Venen nur einmal verletzt und der nach der Operation in seine Lage zurückgeführte Hautlappen die grosse Wunde vollständig verdeckt. 2. Die subkutanen Venen sind, wenn sie stark ausgedehnt, vor der Durchschneidung doppelt zu unterbinden und zwischen den Ligaturen zu durchschneiden; nach der Operation werden die Ligaturen wieder abgeschnitten. 3. Vor Isolirung der Geschwulst in der Tiefe müssen die grossen Gefässe an ihrem centralen Ende, d. h. zwischen der Geschwulst und dem Herzen freigelegt werden. Man dringe also bei der Exstirpation einer tief liegenden Geschwulst zunächst auf die centralen Enden der grossen Gefässe vor. Ein Verfahren, welches dem von Dupuytren empfohlenen gerade entgegengesetzt ist; aber eben hierin, sagt L., liegt das ganze Geheimniss, um Geschwülste, welche mit den grossen Gefässen verwachsen sind oder diese in sich aufgenommen haben, ohne Gefahr zu exstirpiren. Finden sich diese mit der Geschwulst nicht verwachsen, so lässt man sie unberührt und löst die Geschwulst heraus, während der auf den grossen Gefässen ruhende Zeigefinger diese schützt und das Hervorzerren

derselben unmöglich macht. Ist die Geschwulst mit der Gefässscheide verwachsen, so öffnet man diese und isolirt sie sammt der Geschwulst von den Gefässstämmen; finden sich diese letzteren dagegen von der Geschwulst durchwachsen oder in dieselbe aufgenommen, so unterbindet man zunächst die centralen Enden der Gefässstämme zwiefach, durchschneidet dieselben zwischen den beiden Ligaturen und entfernt sie mit der Geschwulst, deren Exstirpation mit Unterbindung und Durchschneidung der Gefässstämme an der peripheren Seite der Geschwulst schliesst. Fände trotz dieses Verfahrens dennoch eine Verletzung statt, so kann das frei zu Tage liegende centrale Ende ohne Schwierigkeit komprimirt oder unterbunden und so die Blutung gestillt oder der Lufteintritt verhindert werden. 4. Die Trennung der Gewebe geschieht, so lange man sich an der Oberfläche und in straffen Geweben bewegt, am besten mit dem Messer, in der Tiefe aber und wenn es sich um Durchschneidung von Muskeln und Bindegewebsschichten handelt, weit sicherer mit der Scheere. Endlich erwähnt Verf. als eine bei der Exstirpation grosser Halsgeschwülste niemals zu verabsäumende Cautele, die darin besteht, dass ein Gehilfe während der kritischen Momente der Operation eine Hand gegen die Seite des Halses, oberhalb des Schlüsselbeines legt, um nöthigenfalls die sofortige Kompression der Vena jugularis oder Carotis ausführen zu können.

Ueber die Taxis bei Brucheinklemmungen; von Prof. Streubel, (Prager Vierteljahrschrift, 1. Band 1861).

Verf. setzt zuerst den Begriff der Taxis auseinander und behandelt dann ausführlicher den Mechanismus der Darmeinklemmungen, worauf er die Ansicht ausspricht, dass man durch die manuelle Untersuchung in den einzelnen Fällen wohl keine vollständige und erschöpfende Aufklärung über die Einklemmungsverhältnisse bekomme, jedoch nicht selten dadurch zur Kenntniss des Sitzes der Einklemmung gelange. Die Chirurgen haben es aber bisher vernachlässigt, diese Aufschlüsse für die Taxis zu benutzen, und Verf. versucht nun, gestützt auf die Ergebnisse der manuellen Exploration der Taxis eine wissenschaftlichere Basis zu verleihen.

Was zuerst die Lage des Kranken betrifft, so muss jene die zweckmässigste sein, welche uns am wenigsten hindert, der Einklemmungsstelle mit den Fingerspitzen möglichst nahe zu kommen, welche also am ehesten Erschlaffung der fibrösen Theile an der Bruchpforte, der damit verbundenen Muskeln und der Bedeckungen der Bauchgeschwulst herbeiführen kann. Der Kranke ist daher in die Rückenlage mit etwas erhöhtem Becken, leicht überbogener Brust und vorgeneigtem Kopfe zu bringen; der Schenkel der kranken Seite oder beide Schenkel werden im Hüft- und Kniegelenke etwas flectirt. Man kann aber auch den Körper etwas seitlich auf die gesunde Seite drehen. Die Lage mit hoher Becken- und Bruchgegend, das Aufhängen des Kranken an den Knien über die Schultern eines Mannes sind unpassend, weil dadurch die Gedärme an's

Zwerchfell angedrängt, das Athmen erschwert, die Angst und die Unbequemlichkeit des Kranken vermehrt werden. Die Knie-Ellenbogenlage nach Winslow braucht keine Widerlegung.

Bezüglich des, durch die eigene Schwere der Därme bei passender Lagerung ausgeübten Druckes und Zuges — der sogenannten negativen Taxis — macht Verf. geltend, dass man bei Einklemmungen unmöglich das Wirken jenes Zuges nach Wochen erwarten kann, dass ferner in solchen Fällen weniger der Druck der Gedärme, als die durch die Lage herbeigeführte Anregung von Darmbewegungen nach der Bauchhöhle hin die Verkleinerung des Bruches herbeigeführt habe. Aehnliches gilt für den Zug, welchen die Gedärme in der Bauchhöhle auf den Bruch ausüben, und welchen Einige durch Körpererschütterungen, Druck auf die Bauchwände über der Bruchpforte u. s. w. unterstützen wollen.

Was nun die Taxis selbst betrifft, so versinnlicht der Verf. den Mechanismus des eingeklemmten Bruches, indem er leere Darmschlingen durch ein kleines Loch in einem Bretchen zieht, dann durch Injektion von Wasser in der Gekrösarterie die Darmhäute in einen torpiden Zustand versetzt und endlich die leere Darmpartie von oben her durch Aufblasen oder Wasser-Eingiessen anfüllt. Versucht er nun zu reponiren, so findet er, dass, sobald die drückende, schiebende Gewalt einen Zoll weit unter dem Einklemmungsringe angebracht wird, das Darmstück sich vor dem Ringe ausstülpt, wie der Kopf eines Pilzes über dem Stiele, und dass hiedurch die Reposition verhindert wird. Komprimirt er aber den Darm mit den Fingerspitzen unterhalb des Einklemmungsringes, so gelingt es allmälig, diesen Theil in den Ring zu schieben. Drückt er nun Luft oder Wasser aus der vorliegenden Darmpartie, so gelingt auch die Reposition. Als Regel gilt also, dass der Druck dicht unter der Einklemmungsstelle angebracht werden müsse. Während bei Reposition der *freien* Hernien der Darminhalt zuerst gegen die Bauchhöhle gedrückt und dann die Reposition sehr leicht vorgenommen wird, ist die Aufgabe bei einem eingeklemmten Bruch, zuerst die Einklemmung zu lösen; denn der Darminhalt wird eben wegen der Einklemmung unmöglich früher zurückgedrückt; man muss also den eingeklemmten Bruch zuerst in einen freien verwandeln, dann erst kommt das Verfahren der Taxis mit jenem der Reposition vollkommen überein.

Das Verfahren bei der Taxis ist somit folgendes: Bei kleinen eingeklemmten Brüchen mit schmaler Basis werden die Fingerspitzen einer, bei breiterer Basis beider Hände dicht unter der Einklemmungsstelle rings um die Geschwulst angesetzt und üben einen stetigen, allmälig verstärkten Druck aus. Kann man der Geschwulst nicht an allen Stellen, dicht unter der Einklemmung beikommen, so bringt man den Druck nur an den zugängigen Stellen an. Bei voluminösen Brüchen ist es zweckmässig, zugleich mit der andern Hand die Geschwulst zu heben und zu stützen. Die Fingerspitzen, welche vorerst nur eine Kompression auszuüben haben, dürfen sich nicht verrücken. Knetende, welgernde Bewegungen, Druck nach der

Bruchpforte, Pressen des Bruchkörpers u. s. w. sind unnütz und schädlich. Ist aber der stetige Druck mehrere Minuten lang fortgesetzt, und fühlt man, dass die Fingerspitzen einander entsprechend nahe sind, so bringt man eine vorwärtsschiebende, ruckende Bewegung an, drückt mit dem komprimirten Darmstück auf das eingeklemmte, und wenn man so das letztere nur um 1—2 Linien zurückschieben kann, so ist die Hauptsache vollbracht.

Ein Zug an der Bruchgeschwulst nach vorn und Drehung derselben um die Axe, wie ihn mehrere Chirurgen anriethen, ist theils unausführbar, theils unnütz.

Die Taxis würde, in der angegebenen Weise geübt, sichere Erfolge bringen, wenn man in allen Fällen den lösenden Druck wirklich dicht unter der Einklemmungsstelle anbringen könnte, allein diese ist oft tief gebettet, von Weichtheilen bedeckt, kurz wir können den Sitz der Einklemmung oft gar *nicht fühlen.* Was die *Stärke des Druckes* bei der Taxis betrifft, so steht sie in geradem Verhältnisse mit der Aufblähung des Darmes *unterhalb* der Einklemmung, mit dem Grade der Zusammenschnürung *an* dieser Stelle selbst, mit der Dicke der die Geschwulst an der Einklemmungsstelle bedeckenden Weichtheile; es ist nach der Ansicht des Verf. gestattet, ihn so stark als möglich zu machen, wenn man eines solchen bedarf. Natürlich muss der Druck erst allmälig gesteigert werden. Nur dann, wenn unsere Finger die Einklemmungsstelle nicht erreichen können, ist ein *starker* Druck nutzlos oder gefährlich noch mehr aber starkes Kneten, Schieben u. s. w.

Betreffend die *Dauer* und *Wiederholung* der Taxis ist es, wenn man die richtige Stelle trifft, gestattet, sie ununterbrochen bis zum Gelingen fortzusetzen, selbst über eine Stunde. Misslingt aber die Taxis in diesem Falle und sind die Symptome der Einklemmung nicht gesteigert, so kann dieselbe nach einiger Zeit wiederholt werden.

Erreicht man aber die Einklemmungsstelle nicht, dann darf der mässige Druck höchstens eine Viertelstunde lang fortgesetzt und muss bei einem neuen Versuche eben so vorsichtig verfahren werden. Bei chronischen Einklemmungen kann man selbst 24—36 Stunden seit dem Beginne noch Taxis-Versuche machen, wenn die Einklemmungs-Symptome nicht allzu heftig sind. Bei chronischen Leistenbrüchen gilt das bis auf 40, bei Schenkelbrüchen nur bis zu 24 Stunden, und letztere sind es meistens, bei denen sich die Einklemmungsstelle *nicht* erreichen lässt.

Was endlich die *unterstützenden Mittel* ausser der Taxis betrifft ist es bei chronischen Einklemmungen Indikation, die Atonie des Darms, Faecalansammlungen, Gasblähungen, auch durch andere Mittel zu bekämpfen. Es treten ferner nach Verkühlungen, Diätfehlern oft chronische Einklemmungen auf, deren Taxis nach kalten oder warmen Umschlägen u. s. w. viel leichter gelingt. Eben so wirken zuweilen bei chronischen Einklemmungen Klystiere mit Oel und Salz, mit Infus. Sennae oder Bleiwasser vortheilhaft ein, indem sie die Darmbewegungen anregen. Abführmittel als solche sind

meist nutzlos oder schädlich. Das warme Bad ist gefahrlos, zur Taxis in demselben sind aber eigens konstruirte Wannen nöthig. Aderlässe bis zur Ohnmacht, Narcotica in grösseren Gaben, wie: Strychnin, Belladona, Tabaksklystiere sind weit gefährlicher, als der Bruchschnitt. In kleinen Gaben zur Schmerzmilderung sind sie werthvoll. Blutentziehungen zur Hebung der Entzündung sind ganz nutzlos. Das Chloroform endlich bis zur Muskelerschlaffung eingeathmet, ist von sehr grossem Werthe; es gelingt oft erst nach seiner Anwendung, bis zur Einklemmungsstelle vorzudringen, die Schmerzen des Kranken bei der Taxis fallen nun weg, und endlich gibt dasselbe, wenn es mit der Taxis die Einklemmung nicht zu heben vermag, die deutlichste Indikation zur Herniotomie.

Blasenstein, versuchte Lithotritie, Steinschnitt in der Medianlinie des Perineum (taille membraneuse mediane), rasche Heilung; von Dolbeau in Paris (Gazette des Hôpitaux, Jänner 1861.)

R. B., 19 Jahre alt, Friseur, wurde am 2. Oktober 1860 aufgenommen Derselbe litt seiner Angabe nach schon seit seinem vierten Lebensjahre an Harnverhaltung und wurde von dem damals untersuchenden Arzte die Anwesenheit eines Steines in der Blase konstatirt. Doch blieb der Knabe ohne Behandlung und litt bei jeder Absetzung des Harns viele Schmerzen. Wenn sich zeitweilig die Urinretention wiederholte, wurde vom Arzte die Sondirung vorgenommen. In seinem 16. Jahre ging unter den heftigsten Schmerzen mit grosser Anstrengung ein Steinchen durch die Urethra ab, worauf für kurze Zeit eine Erleichterung eintrat, aber bald entstand wieder eine bedeutende Verschlimmerung und in jüngster Zeit konnte er nur mit Hilfe des Katheders Harn lassen. Der Kranke wurde nach Paris gebracht, die Anwesenheit eines Steines wurde von Civiale leicht erkannt; doch war die Reizung der Harnröhre und der Blase zu gross, um gleich eine Operation vornehmen zu können. Man schlug desshalb ein Verfahren ein, um die Operation vorzubereiten; es wurden täglich immer dickere Bougien eingeführt, warme Vollbäder und erweichende Clysmen verordnet. Nachdem nun die Empfindlichkeit bedeutend vermindert war, führte Civiale leicht ein Brise-pierre ein, der Stein wurde gefasst und mehrmals zertrümmert. Die Sitzung dauerte bloss drei Minuten. — Jedoch den zweiten Tag nach der Operation stellten sich heftige Schmerzen ein, es spiessten sich die Steinfragmente im Blasenhalse; es traten bedeutende Fiebererscheinungen hinzu und Civiale erklärte den Steinschnitt als dringend angezeigt, um das Leben des Kranken zu retten, der auch zu diesem Zwecke in das Hôpital St. Louis transportirt wurde, wo an demselben am nämlichen Tage die Operation von Dolbeau ausgeführt wurde.

Nachdem der Kranke chloroformirt war, wurde ein Katheter eingeführt, mit welchem man im Blasenhalse auf Steinfragmente stiess, dennoch aber in die Blasenhöhle gelangte. Ein Assistent übernahm das Instrument, indem er damit in der Medianlinie das Mittelfleisch leicht vordrängte. D. führte nun den Schnitt genau in der Mittellinie, indem er drei Centimètres vom Rande des Anus auf der Raphe begann und fünf Millimeter vor demselben entfernt endigte. Haut und subcutanes Bindegewebe wurde getrennt, hierauf der Zeigefinger der linken Hand in den vorderen Winkel der Wunde gelegt und während er den Bulbus urethrae nach vorne drängte, konnte der eingeführte Katheter leicht gefühlt wurden; gegen diesen nun stach D. mit der Spitze des Messers los — (wie gegen die gefurchte Sonde) — und schnitt die Urethra bis zum Blasenhalse ein. Der Finger wurde nun vorgeschoben und gelangte zu den Steinfragmenten. Hierauf zog D. den Katheter heraus. Der Blasenhals war beträchtlich ausgedehnt und es wurde nun die Stein-

zange eingeführt, mit welcher allmälig die Steine und Steinfragmente herausbefördert wurden, was länger als gewöhnlich dauerte, weil erstens viele Fragmente vorhanden waren, ferner viele derselben über dem Blasenhalse lagen; auch musste die Wunde erweitert werden, da die Blase sich bei jedesmaligem Durchführen des Instrumentes fest um dasselbe zusammenzog. — Die Blutung war sehr gering. Man brachte den Kranken zu Bette, lagerte ihn mit erhöhtem Steisse, ohne die Wunde zu verbinden, auch ohne einen Katheter einzuführen. Zur Nacht wurde ihm blos ein Opiat gegeben. Am andern Morgen war der Patient vollkommen schmerzfrei — der Urin entleerte sich frei durch die Wunde — der Puls wenig beschleunigt. Ord : Ruhe, fleissige Reinigung, etwas Wein und Nahrung. Am fünften Tage nach der Operation wurde schon ein Theil des Harns auch durch die Urethra entleert; in den folgenden Tagen nahm die Menge des durch die Wunde entleerten Harns immer mehr ab, während durch die Urethra immer mehr Harn entleert wurde. Am 21. Tage kam kein Tropfen Harn mehr durch die Wunde, nnd am 23. Tage war die Wunde vollständig vernarbt; das Befinden des Kranken liess nichts zu wünschen übrig. Vom 10. Tage, nach der Operation gezählt, ist die Wunde täglich kauterisist worden. Die entfernten Steine und Steinfragmente — 16 an der Zahl — waren von verschiedener Grösse und Form, sämmtlich bestehend aus konzentrisch gelagerten Schichten von Phosphaten, abwechselnd mit Oxalaten.

Wir haben vorangehenden Fall mitgetheilt, als Beleg für den bei uns selten geübten Steinschnitt in der Medianlinie des Perineum und glauben, dass die günstigen Resultate desselben zur Vornahme dieser Methode der Steinoperation unter ähnlichen Umständen ermuntern können.

Totale Resektion des Unterkiefers; von J. F. Heyfelder in St. Petersburg*). (Deutsche Klinik. Dezember 1859.)

In den meisten der bekannt gewordenen Fällen von Resektion des Unterkiefers geschah dieselbe nicht auf einmal, sondern in zwei Sitzungen, zwischen welchen oft ein längerer Zeitraum verstrich. Verf. hatte im Jahre 1853 zum erstenmale die Gelegenheit, diese Operation in Einer Sitzung auszuführen; ein zweiter Fall gehört Maisonneuve und den dritten Fall dieser Art, der wieder Heyfelder angehört, theilen wir, obgleich der Ausgang ungünstig war, in Folgendem mit, weil sowohl der Fall selbst, als das hiebei eingeschlagene Operationsverfahren mehrfaches Interesse bietet.

S. Konlkoff, Soldat, 26 Jahre alt, von mässig kräftiger Konstitution, früher gesund, wurde am 2. Februar 1858 wegen einer entzündlichen Anschwellung der Weichtheile des Halses, besonders der in der Nähe des Unterkiefers gelegenen, ins Landhospital aufgenommen. Am 8. wurde bei deutlicher Fluktuation ein Einstich an der hintern Partie des Kinns gemacht, es entleerte sich viel Eiter, und die durch die Abscessöffnung eingeführte Sonde stiess auf eine ziemlich umfangreiche, entblösste Partie des Unterkiefers. Eine merkliche

*) In einer Schrift „über Resektionen und Amputationen" (1855, Seite 107) sind von Heyfelder die Fälle von Auslösung der ganzen Mandibula aus den sie umgebenden Weichtheilen und aus den Gelenken mitgetheilt, die bis zu jener Zeit bekannt geworden waren. Signoroni hat diese Operation zum ersten Male ausgeführt; nach ihm wurde sie wiederholt von Heyfelder, Pitha (Prag 1848) Cornouchon in New-York (1851), Maisonneuve in Paris (1851) und Dumreicher in Wien.

Besserung sprach sich erst am 10 Februar aus; Esslust kehrte zurück, und Patient konnte während der Nacht schlafen. Demungeachtet war die Schwäche auffallend gross, alle Zähne des Unterkiefers waren lose, das angeschwollene Zahnfleisch war bleifarben und leicht blutend, der Mund übelriechend. Verordnet wurde ein Mundwasser mit einem Zusatze von Aqua chlori. Am 25. Febr. zeigte sich Fluktuation auch an der äussern Seite des rechten aufsteigenden Astes der Mandibula; eine Inzision an dieser Stelle entleerte viel Eiter, und der Knochen zeigte sich auch hier im weiten Umkreise von allen Weichtheilen entblösst; dabei drang Eiter beim Druck aus den Alveolen der lockern, stark wackelnden Zähne.

Am 28. Febr. stärkerer Abfluss eines jauchigen Eiters aus beiden Inzisionen, Ausfallen der vier unteren Schneidezähne, und die Untersuchung mit der Sonde, wie mit den Fingern erwies die Mandibula im weitesten Umfange von Weichtheilen entblösst und nekrotisirt. Am 1. März Ausfallen der vier hintersten Zähne auf der linken Seite und der drei hintersten auf der rechten Seite, sowie Ablösung einzelner Theile vom *Processus alveolaris.* Am 4. März fand H. den Kranken in folgendem Zustande:

Starke Anschwellung beider Ohrspeichel-, beider Submaxillar- und Sublingualdrüsen, sowie des Zahnfleisches und aller Sublingualpartien, Empfindlichkeit aller dieser Theile bei der Berührung, missfarbiges, leicht blutendes, einen übeln Geruch verbreitendes Zahnfleisch, stete, sehr vermehrte Salivation, febrile Aufregung, 100 Schläge des Radialpulses, etwas belegte Zunge, Mangel an Appetit, unruhiger, nicht erquickender Schlaf. Führte man eine Sonde in die obere Inzisionsöffnung, so gelangte man von hier aus sehr leicht zur untern Inzision, und die Sonde glitt über den nach allen Seiten von Weichtheilen gänzlichentblössten rauhen Unterkieferknochen. Dasselbe war der Fall, wenn man durch die am Kinn gemachte Inzision eine Sonde längs der linken Unterkieferhälfte fortführte, wobei man bis zur *Fossa glenoidalis ossis temporum* und bis zur Spitze des Kronenfortsatzes gelangte, überall war auch dieser Knochentheil von Weichtheilen entblösst. Offenbar war hier gleich von Anfang an Entzündung des Unterkieferknochens und seines Periost gewesen, welche später die angrenzenden Weichtheile und namentlich die Speicheldrüsen in Mitleidenschaft versetzt hatte. Nur so wird die Nekrose der ganzen Mandibula von einem bis zum andern Ende erklärlich. H. entschloss sich für die Wegnahme des abgestorbenen Knochens, um so mehr, als zu erwarten stand, dass die Erhaltung des Periosts möglich sei, und dadurch auch eine wenigstens theilweise Wiedererzeugung des Knochens vor sich gehen dürfte. Er führte zunächst von der vorhandenen oberen Inzisionsstelle über dem rechten Gelenkfortsatze einen Schnitt längs dem äusseren Rande des Unterkieferknochens bis zu der vorhandenen Oeffnung am Kinn, durchsägte die Mandibula hier mittelst der Jeffray'schen Säge, trennte ohne besondere Mühe die rechte Hälfte aus ihren lockeren Verbindungen mit den weichen Theilen und extrahirte sie. Nachdem sich Verf. überzeugt, dass die linke Hälfte des Knochens eben so locker wie die rechte, mit den weichen Theilen adhärirte, versuchte er sie, ohne weitere Spaltung dieser letzteren, unter leichten Traktionen zu entfernen. Diese war aber so morsch, dass sie an dem Uebergangspunkte in dem Kronen- uvd Gelenkfortsatz abbrach, daher er genöthigt war, nach Fixirung der Zunge durch einen durch dieselbe geführten Faden, um ihr Zurückweichen nach hinten unmöglich zu machen, den Schnitt durch die Weichtheile noch 3 Zoll zu verlängern, worauf es gelang, beide Fortsätze vollständig aus ihren Verbindungen zu lösen und herauszuziehen. Die nicht unbedeutende Blutung stand nach Unterbindung zweier spritzender Arterien und unter der Applikation von eiskaltem Wasser, worauf die Schnittwunde in den Weichtheilen durch 16 Knopfnähte vereinigt und die Zunge durch Anlegung einer durch das Unterzungengewebe und die Schleimhaut der Unterlippe geführte Sutur fixirt wurde. Der übrige Verband bestand in einem gefensterten Ceratlappen, einer leichten Kompresse und einer einfachen Binde. Nach Reinigung des Mundes konnte der Operirte etwas Wein aus einem Glase trinken und erhielt eine mehr aufrecht sitzende als liegende, etwas seitliche Stellung, wobei Sorge getragen wurde, dass ihm der Mund durch häufiges Einspritzen kalten Wassers von Wundsekret be-

freit und möglichst rein erhalten ward. Es trat keine besondere Reaktion ein und der Kranke genoss in der nächsten Nacht einige Stunden erquickenden Schlaf. Am 4. Tage wurde die Hälfte der Nähte entfernt, am 5. und 6. der Rest derselben. Am 5. Tage warf der Patient einige Unzen dünnes wässeriges Blut aus dem Munde aus, indess aus der äussern Wunde kein Blut abfloss. An diesem Tage zeigte der Puls eine Frequenz von 130 Schlägen, die Kräfte des Kranken erschienen im Vergleiche zum Tage zuvor gesunken, dabei war der abfliessende Eiter von guter Qualität und auch von mässiger Quantität. Eine Vereinigung der Wundränder war nur an beiden Enden der Wunde erfolgt. Am 7. Tage (10. März) Zunahme der Schwäche bei auffallender Blässe des Gesichts und sehr erhöhter Hautwärme, der Puls von derselben Frequenz, aber geminderter Stärke, die Zunge war nach hinten gedrängt und trocken, die Respiration aber frei und in keiner Weise genirt. An den Extremitäten zeigten sich leichte Petechien. Das Schlucken war schon seit letztem Abende erschwert, so dass ihm die flüssige Nahrung, sowie das Getränk, nur mittelst einer bis in den Oesophagus geführten elastischen Röhre eingeflösst werden konnte. In aufgerichteter, mehr sitzender Stellung und etwas nach der linken Seite zu gebeugt, fühlt der Kranke sich auch jetzt am behaglichsten, gab aber das Lager nach, sank er mehr zurück in eine reine Rückenlage oder legte er sich auf die rechte Seite, so wurde die Respiration röchelnd, es stellte sich Angstgefühl ein, wobei das Gesicht ein cyanotisches Colorit bekam. Abends 4 Uhr verschied der Kranke. Bei der Sektion fand sich die rechte Lunge nach oben, hinten und zum Theil auch nach der äusseren Seite mit den Brustwandungen verwachsen, in der Spitze erweichte Tuberkeln und namentlich eine umfangreiche, mit erweichten Tuberkelmassen angefüllte Exkavation, die gegen einen Bronchus zu sich Bahn gebrochen und diesen ausfüllte. Die linke Lunge zeigte eine Eiterablagerung an ihrer unteren, dem Diaphragma zugewandten Fläche vom Umfange einer Haselnuss, eine kleine Eiterablagerung von anderthalb Linien im Durchmesser zwischen Pleura und Lunge auf der gegen das Herz zugewandten Fläche ausserdem zwei wenig umfangreiche, in Erweichung begriffene Tuberkel im untern Lappen, wogegen die Spitze dieses Lungenflügels vollkommen frei von Tuberkeln war. Die Leber umfangreich und blutarm, die Milz gross und zum Zerfliessen weich, die Nieren blutarm, in den Gefässen dünnflüssiges Blut. Die Operationswunde im Gesichte war nur an ihren Anfangs- und Ausgangspunkten vereinigt, dabei grauschwarz gefärbt, was sie bei der Verbandserneuerung am letzten Tage noch nicht gewesen war. In der *Fossa glenoidalis oss. temp. dextri* fand sich eine Ansammlung von dünner Jauche.

Was das gewählte Operationsverfahren anbetrifft, hebt Heyfelder hervor, vermeidet man dabei einerseits entstellende Narben, denn die durch einen horizontalen Schnitt bedingte, lässt beim Mann sich leicht durch den Bart, bei einem Frauenzimmer durch ein entsprechend angelegtes Putzstück verhüllen. Bei einem solchen Schnitt werden überdiess Muskeln, Gefässe und Nerven nicht verletzt, daher auch keine Lähmungszustände zurückbleiben und der Blutverlust ein sehr geringer zu sein pflegt. — Ferner hält Verf. für einen weiteren Vorzug dieses Verfahrens, dass der Kronenfortsatz sowohl, wie der Gelenkfortsatz besser zugänglich gemacht werden, daher die Sehne des Schläfenmuskels leichter vom *Processus coronoideus* mit dem Messer oder der Scheere getrennt und auch die Auslösung des *Processus condyloideus* wesentlich erleichtert wird, ohne dass man Gefahr läuft, die *Arteria temporalis profunda* zu verletzen, indem man das Messer überall mit den Augen verfolgen kann.

Schusswunde im rechten Hypochondrium, Verletzung der Leber und Niere, Urinfistel, Nierenabscess in Kommunikation mit den Bronchien, Tod nach 90 Stunden;

von M. Renard, Chefarzt zu Genua (Gazette des Hôpitaux Nr. 2, Jänner 1861.

Ein 25jähriger Fourier im 85. Linienregiment erhielt bei Magenta einen Flintenschuss schräg von links nach rechts und von oben nach unten, der den Knorpel der neunten Rippe rechts durchbrach, in die Bauchhöhle drang, und rückwärts in der Höhe des ersten Lendenwirbels rechts von den Dornfortsätzen herausging. Er stürzte zusammen, ohne jedoch das Bewusstsein zu verlieren.

Während der ersten vier Tage soll der Urin nach seiner Angabe blutig gewesen sein. Bis Ende Juni befand sich der Patient gut, die vordere Oeffnung des Schusskanals war schon vernarbt, von einer Verletzung der Leber gab kein Symptom Zeugniss. Aus der hinteren Oeffnung des Schusskanals floss immer Eiter. Ende Juni wurde er nach Genua transportirt, was keinen schädlichen Einfluss auf ihn übte. Sein Appetit war vortrefflich, der Urin war normal und enthielt kein Eiweiss; doch trat am 11. Juli Schwellung der Augenlider und der Füsse ein. Am 16. begann Pat. über Schmerz in der rechten Brusthälfte und über Athmungsbeschwerden zu klagen.

Anfangs August, wo der Verf. die Verwundeten übernahm, fand er den Kranken schwach; mit Schweiss bedeckt, seine Haut strohgelb gefärbt, Augenlider und Füsse ödematös, die Respiration schwer und häufig, Schlaflosigkeit. An der Basis der rechten Lunge etwas Dämpfung und feuchtes Rasseln. Die Leber von normaler Grösse. Die vordere Wunde völlig vernarbt; an der hinteren Seite des Stammes zwei Oeffnungen an der oben angegebenen Stelle, deren obere unregelmässig geformt, der Richtung des Schusskanals entsprechend war. Ausser dem noch tiefer eine absichtlich erzeugte Gegenöffnung, welche mit der eigentlichen Schusswunde durch ein Haarseil in Verbindung erhalten war. Aus beiden Oeffnungen ergoss sich Eiter von *urinösem* Geruch, nach einigen Tagen jedoch nur Harn.

Von Mitte August an traten die Hustenbeschwerden immer heftiger auf, die Sputa waren zäh, von abscheulichem Geschmack, wie der Kranke angab. Zugleich hörte der Ausfluss von Harn aus der Fistel auf; mit der Sonde gelangte man in keinen Harnabscess. Der Kranke lag stets auf der linken Seite, Kopf und Schenkel an den Stamm angezogen. Gegen den 20. verschwand das Fieber, welches bisher fort gedauert hatte und Appetit stellte sich ein. Am 21. traten jedoch neue heftige Hustenanfälle mit übelriechenden Sputis auf. Der Puls war klein, die Haut heiss. Am 22. wieder Ruhe. Doch hatte sich der Hydrops anasarca in Gesicht und Füssen gesteigert. Grosse Schwäche. Am 23. kein Fieber, aus den hinteren Offnungen fliesst nur wenig Eiter. Aus Furcht vor dem Husten machte der Verwundete nicht die geringste Bewegung. Am Abend dieses Tages traten wieder heftige Hustenanfälle ein, und bis zum 31. gesellten sich die Erscheinungen einer Peritonitis dazu. In der Nacht vom 5. auf den 6. September starb der Kranke.

Sektionsbefund: Der Bauch aufgetrieben, beim Druck auf denselben fliesst eine grosse Menge von grünlicher Flüssigkeit bei Mund und Nase heraus. Die dünnen Gedärme sind durch Pseudomembranen zu einem Paket zusammengeballt; in der Peritonealhöhle befindet sich eine gelbliche Flüssigkeit von mässiger Quantität, worin Flocken herumschwimmen. Die vordere Fläche des rechten Leberlappens ist durch einen fibrösen Strang an die Innenfläche der falschen Rippen geheftet, und ein Zoll nach aussen und rechts von der Gallenblase und eben so weit vom scharfen Leberrande befindet sich die Insertionstelle dieses Stranges, welche dem Punkte entspricht, wo das Projektil die Leber getroffen haben muss. Zwischen der Leber und den falschen Rippen befindet sich ein Eiterherd, worin nur wenig einer schwärzlichen stinkenden Flüssigkeit sich gegenwärtig befindet. Dieser Herd wird durch die verdickten Blätter des Peritoneums gebildet, seine Wände sind grau, flockig,

von Pseudomembranen. Die Leber, durch den Inhalt dieser Tasche komprimirt, zeigt auf ihrer Oberfläche eine, zwei Centimètre tiefe, vier Finger breite Rinne, welche schräg von unten nach oben, von innen nach aussen, von vorn nach rückwärts läuft.

Nach oben ist die Tasche durch zwei oder drei kleine Oeffnungen in dem fleischigen Theil des Zwerchfells mit der Brusthöhle in Verbindung, auswärts durch einen Fistelgang mit der rechten Niere. Die Leber ist an ihrer unteren Fläche fest an die rechte Niere geheftet, und zwar durch einen dicken resistenten Strang aus Narbengeweben, welcher am oberen Ende der Niere eine fibrocartlaginöse Haube bildet, und durch den M. sacro-lumbalis und Longissimus dorsi sich bis an die Ausgangsöffnung des Schusskanals fortsetzt. Dieser Strang wird präparirt und man findet darin einen Fistelgang, welcher die Niere einerseits mit dem Heerde an der Oberfläche der Leber, andererseits mit der Ausgangsöffnung der Kugel in Verbindung setzte, die Niere selbst zeigte bei näherer Untersuchung ihr oberes Stück mitten im fibrösen Gewebe, ganz getrennt vom Rest der Niere; von der fibrösen Haube aus lässt sich aber ein Fistelgang bis in's Nierenbecken verfolgen, dessen Lumen übrigens schon auf ein Minimum reduzirt war.

Gedärme und Harnblase wurden nicht geöffnet.

Die rechte Lunge hängt durch Pseudomembrane mit der Costal pleura zusammen. Im blutreichen Unterlappen findet man einen nussgrossen, gegenwärtig leeren, schwarzgrauen Herd, der durch das Diaphragma mit dem grossen Heerd an der Leber kommunizirt. An allen kleinen Bronchien in der Umgebung und den Hauptästen der Luftröhre rechterseits ist die Schleimhaut rothbraun gefärbt. Die äussere Wunde an der Brust führt zu einer Fractur der neunten Rippe, nahe ihrem Sternalende, deren Bruchenden, durch fibröses Gewebe aneinander geheftet, eine Pseudarthrose konstituiren.

Zerreissung der Kniekehlen-Schlagader, Amputation, Tod; von Poland. (Medical Times and Gazette, August 1860.)

Der folgende Fall dürfte um so mittheilenswerther sein, als er mit dem im Dezemberhefte der „Revue," S. 211, angeführten, grosse Aehnlichkeit hat und zur Vergleichung mit diesem interessante Anhaltspunkte bietet.

John F., 32 Jahre alt, wurde mit einer bedeutenden Verletzung der Kniegegend in Guy's Hospital gebracht und gab an, von einem Wagenrade überfahren worden zu sein. Weder Bruch noch Quetschung konnte wahrgenommen werden; nur an der inneren Seite des Knies befand sich eine kleine Wunde, durch welche der innere Oberschenkelknorren zu Tage lag. Durch den in diese Oeffnung eingeführten Finger konnte man eine Verletzung des Gelenkes nicht wahrnehmen. Weder eine Hämorrhagie noch irgend ein Symptom von extravasirtem Blute in der Umgebung der Wunde war vorhanden und daher die ganze Sache als bedeutungslos angesehen. Das Hauptaugenmerk zog der Kniekehlenraum und das obere Ende der Wade auf sich. Die Haut dieser Gegend war unverletzt, doch bedeutend geschwollen und blutig suffundirt; diese Geschwulst war derb, elastisch, doch nicht die leiseste Pulsation war darin wahrnehmbar. Unterschenkel und Fuss waren oedematös, die Temperatur bedeutend geringer als in der gesunden Gliedmasse; weder die art. tibialis antica noch die postica liessen ihren Pulsschlag wahrnehmen. Poland stellte die Diagnose auf Zerreissung der art. poplitea und schritt diesmal unmittelbar zur Amputation, welche jedoch den sehr entkräfteten Kranken nicht zu retten vermochte. Er starb schon 16 Stunden nach der Operation. Bei der Untersuchung der abgesetzten Gliedmasse fand man unter der Haut des Kniekehlenraumes und der Wade extravasirtes Blut. Die Arteria poplitea war in ihrer Mitte, den Gelenksbändern genau entsprechend, vollkommen in zwei Theile getrennt; ihre Enden standen mehr als einen Zoll weit von einander ab und waren beide durch Blutgerinnsel gut verstopft.

Vene und Nerven waren unverletzt; der innere Knorren des Oberschenkels war etwas nach rückwärts gedrängt, die Kreuzbänder waren zerrissen; das Köpfchen des Wadenbeines war gleichfalls dislocirt.

Ueber ein neues Operationsverfahren in verzweifelten Fällen chronischer Iritis und Iridocyclitis; von Prof. v. Gräfe in Berlin. (Archiv für Ophthalmologie, 6. Band, 2. Abtheilung 1860.)

In solchen Fällen chronischer Iritis und Iridocyclitis, in denen eine ausgedehnte Bildung von Pigmentschwarten an der hintern Fläche der Iris stattfindet, empfiehlt v. Gräfe das Linsensystem zu entfernen, und erst nach dessen Entfernung die Beseitigung der Iris sammt den Exsudatmembranen vorzunehmen.

Prof. Gräfe stützt dieses neue Verfahren in verzweifelten Fällen von Iritis und Iridocyclitis, in welchen wiederholte, methodische Iridectomien erfolglos blieben, auf die Erfahrungen, die er bei Beobachtung des nachstehenden Falles machte, und auf mehrere Gründe, die er aus demselben ableitete:

Im Sommer 1848 kam eine Frau zu Gräfe, bei welcher er zwei Jahre früher linkerseits eine Cataract extrahirte. Patientin hatte damals, gut sehend, jedoch vom Heimweh getrieben, etwas früh Berlin verlassen, und war kurz nach ihrer Heimkehr von einer ohne Zweifel iritischen Krankheit befallen worden. Verkehrter Weise war diese Entzündung lange mit Reizmitteln behandelt worden, und hatte endlich zum vollkommenen Verlust des wiedererlangten Sehvermögens geführt. Das Auge bot bei der erneuten Untersuchung ein sehr ominöses Ansehen dar: Mässige Atrophia bulbi, die Iris straff, deren Faserwerk sehr verwischt, röthlich-gelb verfärbt. Durch zahlreiche Gefässe, örtliche Empfindlichkeit der Ciliartheile, die Pupille durch eine opake Membran geschlossen, dabei der Lichtschein gut, die Fixation ungenau, aber doch nach allen Richtungen angedeutet. Der Versuch einer Pupillenbildung schien trotz der sehr desorganisirten Iris angezeigt. Nach einer geräumigen Punction wurde die Cornea etwas runzlich, der humor aqueus floss begreiflicherweise sehr unvollkommen aus; v. Gräfe führte die gerade Pinzette ein, allein schon bei der ersten Berührung mit der Iris entstand eine reichliche Blutung. Durch blosses Andrücken der geschlossenen Pinzette überzeugte sich Verf. von der Straffheit der entarteten Iris und wählte, da hier kein Linsensystem mehr vorhanden war, einen grossen scharfen Hacken, dessen Spitze nur wenig zurückging, und schlug denselben durch die in der Pupille befindliche Exsudamembran durch. Beim Anziehen, welches einige Gewalt erforderte, bildete sich ein kleines, freies Loch, durch welches der Glaskörper nach der vordern Kammer herübertrat und das ausgetretene Blut seitlich verdrängte. Die runzliche Cornea war auf der Stelle wieder glatt und ausgespannt, offenbar weil nur der innere Augendruck sie wieder erreichte. In die entstandene Lücke führte G. einen etwas kleineren, aber in sich zurückgebogenen (Fass-) Hacken ein und entfernte mit demselben ein sehr voluminöses Convolut von pigmentirten Schwarten, welches nach vorn mit der Iris, nach hinten mit einer Cataracta secundaria eng zusammenhing. Das optische Resultat fiel recht befriedigend aus, da Patientin allein gehen und grössere Schrift lesen lernte.

An diese Operation schlossen sich noch im Verlaufe desselben Jahres zwei unter analogen Umständen und auf dieselbe Weise vollführte an, welche besonders deshalb instruktiv waren, weil v. Gr.

früher ganz ähnliche Augen mit der Pinzette angegriffen hatte, ohne der Schwarten habhaft zu werden. — Ferner überzeugte sich Verfasser durch anatomische Präparate von der Unmöglichkeit, ausgedehnte und entzündlich wuchernde Pigmentschwarten ohne Gefährdung des Linsensystems zu entfernen. Desgleichen beobachtete er, dass das vorgerückte, gegen die hintere Fläche der Iris andrängende Linsensystem, wenigstens in einzelnen Fällen, einen direkt nachtheiligen Einfluss auf den entzündlichen Prozess ausübe.

In den früher bezeichneten Fällen ist selbst von der methodisch wiederholten Pupillenbildung kein Erfolg zu erwarten und v. Gr. räth deshalb unter den fraglichen Umständen das Linsensystem früher zu entfernen.

Wie soll das Linsensystem unter den fraglichen Umständen entfernt werden?

v. Gräfe verwirft die Idee eines linearen Schnittes und befürwortet auf's Wärmste die Anwendung des Lappenschnittes, nachdem er die Ueberzeugung gewonnen, dass die Gefahren des Lappenschnittes an solchen mit Iridocyclitis behafteten, mehr oder weniger atrophischen Augen geringer sind, als an normalen, eine sonderbare, durch Gr.'s Beobachtung erhärtete Thatsache, die er durch das Zusammenwirken verschiedener Faktoren zu erklären sucht. Von mehr als 20 operirten Fällen dieser Art hat Verf. keine Vereiterung zu beklagen. So viel als möglich vermeide man, die Iris mit dem Staarmesser zu verletzen, und sei bemüht, das Linsensystem möglichst vollständig zu entfernen. Nach der Extraktion legt Gr. einen mässigen Druckverband an. Die Reaktion pflegt gering zu sein, so dass die Patienten nur einige Tage im Bett, 6—7 Tage im dunkeln Zimmer zu bringen. Hervorzuheben ist, dass in den meisten Fällen nach der Linsenextraktion der Zustand der entarteten Iris sich wesentlich bessert. Bei einigen Patienten wurde der Lichtschein erheblich heller, bei andern blieb er in status quo; die Ciliarneurose war ebenfalls in mehreren Fällen bedeutend verringert.

Diese Ergebnisse sprechen für Gräfe's Ansicht, dass das Linsensystem, wenngleich noch durchsichtig, als solches einen nachtheiligen Einfluss übt.

Blutungen in die vordere Kammer überliess Verf. bei sanftem Druckverband der spontanen Aufsaugung, welche immer (zuweilen erst in mehreren Wochen) vollständig eintrat. Erst 4, 6 bis 8 Wochen nach der Extraktion schreitet Verf. zur Pupillenbildung, nach welcher sich die Spannung der Cornea in erfreulicher Weise bessert. Verf. sah zuweilen eine Cornea von bedeutender Abplattung (phithisis corneae) zu einer ansehnlichen Krümmung bei guter Durchsichtigkeit zurückkehren. — Dieses Operationsverfahren verdient mit vollem Rechte ein neues genannt zu werden, da es sich hier um ganz andere Fälle handelt, als bei Wenzel, der es zuerst unternahm, die mit hinteren Synechien verbundenen Katarakten mit gleichzeitiger Irisexcision durch den Lappenschnitt zu extrahiren. (Manuel de l'oculiste — Paris 1808), während die ganze Gruppe der von Gräfe zu diesem Operationsverfahren vorgeschlagenen Fälle

zur Zeit Wenzels niemals operirt wurden, sondern in die Kategorie der atrophischen, desorganisirten — als inkurabel betrachteten — Augen gehörten.

Das Blutweinen; von Prof. Hasner in Prag und Dr. Trautze. (Allgem. Wiener med. Zeitung Nr. 51, 1859 und Nr. 1, 1861.

Das Blutweinen, als Sekretionsanomalie der Thränendrüse ist zu unterscheiden von Blutungen aus den Gefässen des Augapfels und der Bindehaut, welche durch verschiedene pathologische Zustände (z. B. Katarrhe, Blennorrhoen, Verletzungen, Geschwüre, Bindehautpolypen) bedingt sein können. Dergleichen Blutaustretungen wurden von den älteren Schriftstellern öfters als spontane Blutungen angeführt und als vicariirende Sekretion (namentlich bei Menstruationsstörungen und bei Hämorrhoiden) aufgefasst.

Blutungen aus der Thränendrüse — das *wahre Blutweinen* — dessen Ursachen noch unbekannt sind, gehören zu den grössten Seltenheiten und desshalb ist der von Hasner beschriebene und durch weitere Beobachtung von Trautze ergänzte Fall von grossem Interesse, wir lassen ihn hier folgen:

Therese K., 13 Jahre alt, war bisher stets gesund. Vor 10 Monaten bekam sie eines Abends auf dem rechten Auge ohne alle Veranlassung eine Blutung. Die Hämorrhagie erfolgte ohne Prodomalsymptome, war von keinerlei Schmerz oder Röthung des Auges begleitet. Das Auge erschien von blutigen Thränen erfüllt, welche bald über die Wange träufelten. Nach wenigen Sekunden stand die Blutung. Seit dieser Zeit wiederholten sich ähnliche Blutungen an beiden Augen und traten oft 4—5mal des Tages auf. Anfangs war das Blut dunkel gefärbt, später war es blässer und dünnflüssiger. Nachdem von einem Landarzte angewendete adstringirende Collyrien nur vorübergehenden Erfolg hatten, wurde die Kranke am 6. Oktober 1859 auf v. Hasner's Klinik gebracht. Das Mädchen war seinem Alter gemäss entwickelt, ziemlich kräftig gebaut, die Haut blass, die sichtbaren Schleimhäute blassrosenroth, die Haarfarbe dunkel. Die Menses waren noch nicht eingetreten; die früheren Lebensverhältnisse waren günstig. Mutter und Geschwister gesund; der Vater starb an Tuberkulose. — *Die Untersuchung beider Augen ergab keinerlei Abnormität derselben.* Die Blutungen traten täglich zwei bis fünf Mal zu unbestimmten Zeiten auf und v. H. liess erst am 22. Oktober, als sich auch leichtes Nasenbluten hinzugesellte und Symptome der Anämie hervortraten, innerlich *Ferr. carbonicum* in steigender Dosis, äusserlich ein Collyrium aus 10 Gran *Tannin* auf vier Unzen *Aq. dest.* gebrauchen. Bald nach Anwendung dieser Mittel wurden die Hämorrhagien seltener, kamen nur einmal des Tages, setzten später auch einen und mehrere Tage aus, so dass die Kranke am 12. November auf ihr Verlangen entlassen wurde, jedoch die Therapie fortzusetzen und über ihr weiteres Befinden zu berichten versprach.

Die Abwesenheit jeder pathologischen Veränderung des Konjunktivalsackes, des Bulbus, der Lider, das plötzliche, stossweise Hervortreten von Blut an die Oberfläche des Auges — ähnlich dem Thränenstrome — zuweilen unter dem Gefühle leichten Brennens, veranlasste v. H. als höchst wahrscheinliche Quelle der Blutung die Thränendrüse anzunehmen.

Die Kranke trat in ihrer Heimat im Monate Februar 1860 in die weitere Behandlung des Dr. Trautze, der den weiteren Bericht über den Krankheitsverlauf mittheilt:

Die von Prof. v. Hasner anbefohlene Therapie hatte die Kranke nur drei Wochen fortgesetzt, dann ohne Grund ausgesetzt. Sie lebte in einer ebenerdigen, feuchten Wohnung, führte eine meist sitzende Lebensweise und hatte eine wohl nahrhafte, doch nicht tägliche Fleischkost. An den Augen zeigte sich nichts Abnormes; abermals traten 3—5 Blutungen täglich auf, die unter einem Gefühl von Brennen sich einstellten; zuweilen befielen sie nur das rechte Auge, während das linke verschont blieb. Immer traten sie nur bei Tage, nie zur Nachtzeit auf. Das Hervortreten des Blutes ging vom äussern Augenwinkel aus; die Menge des abfliessenden Blutes betrug höchstens einen Esslöffel voll. Trautze wiederholte die früher angewendete Therapie; im Monate März liess er das Augenwasser weg, da es der Kranken lästig wurde und setzte dem Eisen etwas Chinin hinzu und zwar in der Formel:

Rp. ferri carbon. saccharat. *gran. octo,* Chinin. sulfur. *gran. duo,* Pulv. Cinnamom. Sacch. alb. aa *drachm. semis.* M. F. pulv. div. in dos. aeq. Nr. *octo.*, S. Täglich drei, bis auf sechs Stück steigend zu nehmen.

Ferner verordnete T. einen bittern Thee, um den Appetit zu verbessern, Bewegung in freier Luft, Meidung von Ofen- und Zimmerhitze, hauptsächlich Fleischkost. Unter dieser Behandlung besserte sich das blasse Aussehen der Kranken, ihre Kräfte nahmen zu, die Blutungen aus den Augen wurden seltener. T. liess sie ferner täglich 2—3 Esslöffel *Ol. jecor. Aselli* nehmen; im Monate Mai liess er sie Fluss-Douchebäder gebrauchen. Gegen Ende Juni kam das Blutweinen nur ein Mal täglich, Anfangs Juli in einer Woche nur zwei bis drei Mal. Die Kranke hatte ein blühendes Aussehen, guten Appetit und T. gestattete ihr statt des bittern Thees ein Glas Bier.

Mitte Juli trat ihre Menstruation ein und am 28. Juli 1860 hatte sie den *letzten* Anfall von Blutweinen, das bisher nicht wiederkehrte. — Die Menses kamen immer regelmässig.

Luxation der Krystallinse durch Niesen; von Dr. Hogg.

(The Lancet — Gazette des Hôpitaux, Jänner 1861.)

Die bisher bekannten Fälle von Luxation der Linse sind in Folge heftiger Erschütterungen entstanden, sei es durch einen Sturz auf die Füsse oder den Kopf, oder durch einen Stoss auf den Augapfel selbst;*) allein das Niesen wurde bisher noch nicht als nachweisbare Ursache für die Entstehung der Linsen-Luxation beschrieben, und wenngleich der nachstehende Fall einen Beleg dafür liefert, so muss man doch annehmen, dass in dem Auge dieses Individuums durch irgend einen pathologischen Prozess schon früher eine Disposition dazu vorhanden war.

Ein Mann von 36 Jahren, stets kurzsichtig, hatte seit zwei Monaten bemerkt, dass die Sehkraft seines linken Auges sich in der Art ungewöhnlich geändert hatte, dass er mit demselben alle Objekte auffallend vergrössert wahrnahm, so z. B. wurde ihm der Anblick seiner Nase sehr peinlich, indem sie einen bedeutenden Vorsprung zu bilden schien. — Am 18. April wurde er, durch Einfallen der Sonnenstrahlen in sein Auge von einem heftigen Niesen befallen und fühlte sich unmittelbar hierauf an seinem linken Auge plötzlich wie erblindet.

Hogg, von dem Kranken zu Rathe gezogen, konstatirte, dass die *Krystallinse luxirt und in die vordere Kammer gedrungen sei.* Ungeachtet der Anwendung von *Atropin* und der Ruhe (welche der Kranke jedoch nur unvollständig beobachtete) entwickelte sich eine heftige Entzündung unter bedeutenden Schmerzen, welche weder durch Blutegel oder Narcotica noch durch

---

*) S. Oktoberheft der „Revue" 1860 „Ueber die Erschütterung des Augapfels," von Prof. Hasner. *Der Referent.*

Chloroform behoben werden konnten und desshalb entschloss sich Hogg zur Vornahme der Extraktion, welche er am 27. April, somit neun Tage nach dem Zufalle ausführte. Unmittelbar hierauf waren die Schmerzen vollständig beseitigt, die Entzündungserscheinungen wichen und die Heilung erfolgte ohne Störung. Die extrahirte Linse war vollkommen durchsichtig und zeigte keinerlei Veränderung. Die ophthalmoskopische Untersuchung des anderen Auges zeigte, dass die Linse desselben sich zu trüben beginne, wodurch früher oder später die Extraktion erheischt werden dürfte.

Bemerkungen über den Einfluss der Iris auf die Accomodation, basirt auf einen Fall von gänzlicher Extraktion jener Haut aus einem gesunden menschlichen Auge; von Dr. Narkiewicz Jodko. (Tygodnik lekarski, Nr. 27, 1860.)

Zur Erforschung des Einflusses der Iris auf die Accomodation hatten wir bisher drei Mittel: 1. Die Untersuchung des anatomischen Baues der Iris, 2. die Accomodation der Augen bei angeborenem Mangel jener Haut, und 3. die klinische Analyse solcher Augen, welche durch irgend einen Eingriff der Iris verlustig wurden. Allein diese Mittel sind nicht hinreichend, denn ad 1. bietet die. Physiologie des Auges ungeachtet der grossartigen Arbeiten von Brücke, Kölliker, Arlt und Müller noch viele Schwierigkeiten dar; ad 2. waren die in der Literatur bekannten Fälle von angeborenem Mangel der Iris mit anderen organischen Mängeln kombinirt; und ad 3. sind die in Folge chirurgischer Eingriffe verlorenen Irides gewöhnlich mit entzündlichen Krankheiten des Ciliarkörpers und der Choroidea verbunden, welche so bedeutende Veränderungen in den Geweben zurücklassen, dass die Augen ihre normale Funktion einbüssen. Aus diesen Gründen gelangte bisher noch kein Forscher zu einem bestimmten Resultate über diese wichtige Frage, und wir müssen uns mit blossen Theorien begnügen, welche aber insgesammt von dem von Volkmann u. A. als Axiom hingestellten Satze ausgehen, dass die Accomodation bloss zum Sehen nahebefindlicher Gegenstände nothwendig sei. Verf. erörtert nun die Theorien von Kramer, Helmholtz, Donders, H. Müller und Arlt, und geht dann zur Schilderung des folgenden, von ihm auf der Graefe'schen Klinik beobachteten Falles über:

Im Monate Dezember 1859 erschien in der Klinik des Prof. Graefe ein Schlosser, dem drei Tage zuvor ein Eisensplitter in's Auge gefallen war. Die Untersuchung ergab, dass der Splitter durch die Cornea gedrungen war und sich am Boden der vorderen Kammer befand. Durch die Oeffnung der Cornea ragte ein anscheinlich entzündeter Theil der Iris hervor. G. pflegte in solchen Fällen den vorgefallenen Theil der Iris abzuschneiden und nach Erweiterung der in der Cornea vorhandenen Wunde den fremden Körper herauszuziehen. Dasselbe wollte er auch in diesem Falle thun, unterliess aber aus Eile die erforderlichen Mittel gegen die unfreiwilligen Bewegungen des Auges anzuwenden, und beschränkte sich darauf in der Absicht, die prolabirte Iris mit einem Schnitte abzutragen, dem Kranken strenge Ruhe anzuempfehlen. Als dieser aber während der Operation das Auge bewegte, riss die Iris ungefähr in einem dritten Theile ihres Umfanges vom Corpus ciliare ab. Da nun die Iris auf diese Weise dem Auge in seiner Funktion nur hinderlich sein würde, so chloroformirte G. sogleich den Kranken, erweiterte die

Wunde der Cornea und zog die *ganze* Iris zugleich mit dem Eisensplitter heraus. Darauf wurde die gewöhnliche Nachbehandlung eingeleitet und nach drei Tagen konnte der Kranke schon mit dem Augenspiegel untersucht werden. Die Ketina, Choroidea und die Eintrittstelle des Opticus erschienen ganz normal; ringsum den vergrösserten Augapfel konnte man die Folgen der Processus ciliares in ganz normalem Zustande sehen. Der Patient las Nr. 2 der Jäger'schen Schriftskalen (2. Auflage) in einer Entfernung von 11 Pariser Zoll. zählte die Finger in einer Entfernung von 120 Fuss; mittelst eines Glases +10 las er Nr. 2, 12 Pariser Zoll, Nr. 11 2 Fuss und Nr. 16 4 Fuss weit, ein Beweis, dass er eine grössere Capacität der Zurückhaltung der zerstreuten Kreise besass, als ein Mann mit gesundem Auge, welchen Umstand G. dadurch erklärt, dass der Patient, dessen änderes Auge im hohen Grade schwach war, bloss das verlezte Organ zum Sehen gebrauchte. Die Accomodation bemessen, und nach Dondres (Archiv für Ophthalm. B. IV 1. pag. 305) in Ziffern ausgedrückt betrug $\frac{1}{7}$; das Tageslicht blendete den Kranken nicht, auch hatte sein Sehvermögen durch die Operation gar keinen Nachtheil erlitten.

Die Vornahme des Purkyne-Sanson'schen Versuches und Bemessung desselben mittelst des Kramer'schen Ophthalmoskops bestätigte die bekannten Erfahrungen Kramer's und Helmholtz's dass die vordere Linsenfläche sich vorwärts schiebt und konvexer wird, dass die Fläche der Cornea sich gar nicht ändert, die hintere Linsenfläche aber entweder gar keiner, oder einer so kleinen Aenderung unterliegt, dass dieselbe sogar mittelst der Brücke'schen Augenloupe nicht angegeben werden kann. Nach Einträufeln von schwefelsaurem Atropin konnte man sich mittelst konvexer Linsen überzeugen, dass die Ausdehnung der Accomodation sich verkleinert, d. h. dass der dem Auge nächste Punkt des deutlichen Sehens sich entfernt und der entfernteste sich nähert. Eine halbe Stunde nach dem Einträufeln war die Accomodation $=0$, so dass der Kranke durch ein Glas +6 nur in einer Entfernung von 7 Pariser Zoll deutlich sah (hypermetropia levis). Mittelst schwächerer Loupen (als +6) konnte man diesen Punkt des deutlichen Sehens dem Auge nähern oder von demselben entfernen. In den sichtbaren Process. ciliar. konnte man während dieser Experimente keine Veränderung wahrnehmen.

Aus diesen Erscheinungen konnte man schliessen, dass die Accomodation des Auges ganz gelähmt war, und doch fanden die associrten und accomodativen Bewegungen des Auges in derselben Entfernung statt, wie beim gesunden Auge; es ist also klar, dass die äusseren Augenmuskeln leitungsfähig waren und die Lähmung der Accomodation nur die Folge der Lähmung des M. tensor choroideae war.

Verf. zieht nun aus diesem Falle folgende Schlüsse:

1. Sämmtliche Theorien, welche der Iris *irgend welchen* Einfluss auf die Accomodation des Auges zuschreiben *sind irrig*, indem aus dem Obigen erhellet, dass die Accomodation bei gänzlichem Mangel der Iris eine vortreffliche sein kann.

2. Die Arlt'sche Accomodations-Theorie ist die vorzüglichste, mit Ausnahme des Antheils, welchen dieser der Wirkung der äusseren Muskeln zuschreibt; dagegen sprechen: *a*) die völlige Aufhebung der Accomodation nach Einträuflung von schwefelsaurem Atropin bei normaler Wirkung der äusseren Muskeln; *b*) die Fälle von Lähmung aller äusseren Muskeln hei normaler Accomodation.

3. Als einziger Faktor bei der Accomodation ist der M. tensor choroideae anzuführen und besonders seine Kreisfasern, denn diese ziehen bei ihrer koncentrischen Kontraktion einerseits den äusseren Umfang der Iris von der Cornea ab und vergrössern da-

durch den Raum der vorderen Kammer, anderseits ziehen sie den äusseren Theil der Zonula Zinni vorwärts, und indem sie diesen lockern, gestatten sie der Linse sich in der Richtung der Sehaxe auszubreiten, was mit einer Erhebung ihrer andern Fläche verbunden ist*).

V. Geburtshilfe, Gynaekologie und Paediatrik.

Ueber die Anwendung der Zange bei Gesichtslagen;

von Martin. (Monatschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten. Juli 1860.)

Der Grund, warum die Gesichtslagen häufiger eine Beschleunigung der Geburt erfordern, als die Schädellagen, liegt erstens darin, dass wegen des hier leichter möglichen Druckes auf die Halsgefässe eine verzögerte Geburtsdauer eine grössere Gefahr für das Kind implizirt, dass zweitens der Druck des hervorragenden Unterkieferknochens auf die mütterlichen Theile allzulange nicht anhalten darf, und dass endlich drittens rachitische Beckenverengerungen und Wehenschwäche so häufig mit Gesichtslagen coincidiren.

Tritt die Gefahr eines Druckes auf die Halsgefässe erst zur Zeit ein, wo das Kinn unter dem Schambogen schon rotirt, ja vielleicht schon hervorgetreten ist, dann ist die Zange das geignetste Mittel, die Geburt zu beendigen. Das Anlegen derselben ist leicht, und die Extraktion stösst auf keine besonderen Hindernisse; bei hochstehendem Kopfe aber sind die Schwierigkeiten gross und zahlreich. Man vermag nicht zu beurtheilen, ob der Kopf überhaupt das Becken passiren werde, und ist selbst bei der grössten Fertigkeit ausgesetzt, die Mutter zu beschädigen. Für jeden Fall aber widerräth Martin, die Zange im Querdurchmesser anzulegen. Ja Martin geht weiter, und will unter diesen Verhältnissen, wenn längeres Zuwarten nicht statthaft, und das Gesicht noch nicht fest im Becken steht, die Wendung auf die Füsse oder Kephalotripsie angewendet wissen. Er befürwortet diese Massregel desto mehr, da die zumeist vorhandenen Strikturen und Beckenverengerungen ohnedies die Zange contraindiziren. Die früher versuchten Repositionen des Gesichtes verwirft M. gänzlich. — Da die Kephalotripsie bei hochstehendem Kopfe eine äusserst difficiles Verfahren

---

*) Obigen für die Theorie der Accomodation wichtigen Fall finden wir auch in dem erst vor wenigen Tagen erschienenen 7. Bd. (S. 150) des Archiv's für Ophthalmologie sehr ausführlich beschrieben. Gräfe knüpft an denselben folgende Bemerkung: Es ergiebt sich demnach aus dem erwähnten Krankheitsfalle nicht blos die Unabhängigkeit der Accommodationsvorgänge von der Gegenwart der Iris, sondern auch die Unabhängigkeit der Atropinwirkung. In beiden Beziehungen muss der Tensor chorioideae das allein wirksame Agens abgeben. Ueber die Modalität der Wirkung konnte aus der Stellung der Ciliarfortsätze nichts ermittelt, nur die Nothwendigkeit eines genauen Contiguitäts-Verhältnisses zum Aequator lentis ausgeschlossen werden. *Die Redaktion.*

ist, so meint M., man sollte lieber zuerst die Wendung auf die Füsse um die Kaphalotripsie am nachfolgenden Schädel machen, wo sie dann von ausgezeichnetem Erfolg ist.

Gebärmutterblasenfistel-Operation; von Churchill (The Dublin Quart. Journal of Med. Sciences, Mai 1859).

Fälle von Gebärmutterblasenfistel sind so selten, dass sich ausser diesem und den folgenden, erst jüngst von Scanzoni beobachteten nur noch fünf in der Literatur verzeichnet finden.

Eine Frau stellte sich Ch. vor, da sie seit ihrer letzten schweren Entbindung an unwillkürlichem Harnabgang litt. Bei der Untersuchung fand Ch., dass der Urin aus dem Muttermund träufelte und da ein Katheter mit Leichtigkeit von der Blase aus in den Mutterhalskanal drang, so war die Diagnose einer Fistel nicht mehr zweifelhaft.

Verf. entschloss sich, nicht die Fistelränder direkt mit einander zu vereinigen, sondern den Muttermund zu verschliessen. Die Verschliessung mittels Silberdrahtnähten war eine vollständige. Dennoch blieb, als am 13. Tage nach der Operation die Nähte entfernt wurden, ein Theil des Muttermundes unverschlossen, durch den Urin durchsickerte. Nach Verlauf von acht Tagen hatte sich aber der Zustand so weit gebessert, dass, wenn die Kranke die Blase nicht allzusehr anfüllen liess, also beiläufig jede dritte Stunde den Urin entleerte, sie von allem unwillkürlichen Abgang frei war. Verf. versuchte desshalb auch keine neuen operativen Eingriffe.

Ein Fall von Gebärmutterblasenfistel mit epikritischen Bemerkungen, von Prof. v. Scanzoni (Würzb. med Zeitschrift, I. Band, 6. Heft 1860.)

H., 34 Jahre alt, hatte dreimal geboren. Jedesmal wurde wegen langer Geburtsverzögerung der Forceps applizirt und am 7. Tage nach der letzten Entbindung merkte sie, dass der Harn von selbst aus der Scheide floss. Bei der Untersuchung fand Sc. eine Beckenverengerung von 3″ 3‴ entdeckte aber nirgends eine Kommunikation zwischen Scheide und Blase, obwohl die Digitalexploration durch den Uterusspiegel ergänzt wurde.

Verf. injizirte hierauf eine roth gefärbte Flüssigkeit in die Blase und schob ein Fergusso'sches Speculum ein, worauf unmittelbar zwar kein Tropfen hervorquoll, als er aber das Speculum zurückzog, und somit der Druck auf das Laquear nachliess, stürzte rothes Fluidum in den Spiegel. Es war nun die Diagnose einer Blasengebärmutterfistel unzweifelhaft, doch gelang es nie, einen in die Blase eingeführten Katheter und eine in die Uterushöhle eingebrachte Sonde in Berührung zu bringen.

Sc. entschloss sich, die Patientin durch künstliche Verschliessung des Muttermundes von ihrem Leiden zu heilen. Es wurde an der bis zu dem Schenkeleingang mittelst Hacken herabgezogenen portio vaginalis, die Muttermundsöffnungen in ihrem ganzen Umfang auf 8‴ mit einem Bistouri wund gemacht und durch 5 von einer Seite zur andern geführte Hefte in vollkommene Berührung gebracht.

Die Kranke vertrug den operativen Eingriff sehr gut. Die ersten drei Tage floss kein Tropfen Urin ab, die folgenden Tage aber entleerten sich geringe Harnmengen durch die Scheide. Sc. untersuchte nun den Muttermund, indem er denselben mit Hilfe der Fäden, an denen er während der Operation fixirt war und die nach derselben in ihm belassen wurden, hervorzog, fand die Ränder zu drei Viertheilen vollkommen vereinigt, jedoch noch eine Oeffnung von 6‴ übrig. Er zog die alten Hefte heraus, legte dafür an der Oeffnung drei neue ein. Diessmal griff die Operation die Patientin mehr an. Urin floss drei Tage nach der Abnahme der Fäden nicht ab. Am vier-

ten jedoch flossen einige Tropfen Urin aus und es war die vollständige Vereinigung wieder nicht erreicht worden. Diessmal wurde die Operation auf Wunsch der Kranken, die nach Hause reisen wollte, verschoben. Die Patientin kehrte aber nach Ablauf der versprochenen Zeit nicht wieder, sondern zeigte Sc. brieflich an, dass sie weder im Sitzen noch im Liegen mehr Urin verliere, dass sie ihn des Tages bis über vier Stunden behalten könne, und des Nachts nur einmal aus ihrer Ruhe gestört wird. Nur beim Heben schwerer Lasten floss etwas Urin aus, da sie diess aber auch in früheren Zeiten bemerkt hatte, so wusste sie nicht, ob er aus der Scheide oder der Harnröhre käme. Die Menstrua flossen, „aus der Geburt" wie früher. — Eine Untersuchung konnte Sc. nicht mehr vornehmen.

Verf. nahm die Operation in doppelter Absicht vor, erstens, um durch Obliteration des Gebärmutterhalses der Incontinentia Urinae ein Ende, und zweitens, durch diesen Verschluss eine fernere Konzeption unmöglich zu machen, die doch stets mit grossen Gefahren für die Mutter verbunden war.

Sc. gab dem in Kürze geschilderten Verfahren der Behandlung der Fistel selbst durch Auffrischen ihrer Ränder und Zusammennähen derselben oder durch Kauterisation der Fistelöffnung den Vorzug, da diese bei weitem gefahrvollere Methoden sind, die ausserdem, wenn sie auch geglückt wären, den Zweck, jede Konzeption zu vereiteln, verfehlt hätten. Für die Heilung der Blasenscheidenfisteln hat man mit Glück die Obliteration der Vagina versucht, dass aber diese die Geschlechtsfunktionen viel mehr stört, als das Verfahren von Sc., das wenigstens den Coitus gestattet, leuchtet von selbst ein.

Nach dem Briefe der Kranken ist es möglich, dass eine vollständige Heilung eingetreten sei, Sc. glaubt aber, dass wahrscheinlich noch eine kleine Oeffnung zurückgeblieben war. Wenn nun der Urin dennoch fast vollständig zurückgehalten wurde, so lässt sich als Grund dafür denken, dass die Operation am Muttermunde eine Schwellung, Exsudation, selbst Verkleinerung der Fistelöffnung herbeigeführt habe, es durch die Richtung der Obliteration des Muttermundes von vorne nach hinten noch begünstigt wurde. Sc. hält aber die Verschliessung der Kommunikationsöffnung selbst für unzweckmässig, da die Menstrualflüssigkeiten, die sich durch den Muttermund nicht mehr entleeren können, wenigstens durch jene Oeffnung einen Weg nach aussen finden. Desshalb glaubt auch Sc. dass eine quere Obliteration des Muttermundhalses der von ihm durch Verhältnisse gezwungen vorgenommenen Richtung von vorne nach hinten vorzuziehen seien, da sie die Verschliessung jener Oeffnung minder begünstigt.

Schliesslich meint Sc., dass die von ihm vorgeschlagenen Versuche einer unmittelbaren Heilung der Gebärmutter-Blasenfistel der Verschliessung des Oriciums vorzuziehen seien, da diese nach der ersten Operation in der Regel nicht gelingt, sondern zu wiederholtenmalen angestrebt werden muss, da ferner die Genitalien bei dieser wirklichen Heilung der Fistel in ihrer Funktion nicht beeinträchtigt werden, und endlich es immer übrig bleibt, wenn die Operation misslungen, die Vereinigung durch die Hefte vorzunehmen.

Geburt der Placenta vor dem Kinde; beobachtet von Dr. Missa, mitgetheilt von Dr. Foucard. (Gazette des Hopitaux Nr. 13. 1861.)

L. H. verheiratete sich zu 17 Jahren. Ihre erste Geburt musste wegen Beckenverengernng mit Hilfe der Zange vollendet werden. Das zweite Mal wurde aus demselben Grunde das Kephalotrib in Anwendung gebracht, und seit dieser Zeit hatte durch fünfzehn Jahren hindurch keine Schwangerschaft stattgefunden, da sie der Arzt vor den Gefahren derselben warnte.

Nachdem der genannte Zeitraum verstrichen war, wurde sie zum drittenmal schwanger. Als sie am 24. September vorigen Jahres die ersten Wehen bekam, liess sie, von den bevorstehenden Gefahren geängstigt, abermals M. rufen, der bei der Untersuchung die Geburt noch sehr wenig vorgeschritten fand. Dringende Pflichten nöthigten M., die Mutter zu verlassen; er kehrte aber noch im Laufe des Tages zurück, und als er sich jetzt wieder anschickte, eine Exploration vorzunehmen, schrie die Gebärende laut auf, dass etwas abginge. M. fand zu seinem nicht geringen Erstaunen, als er die Mutter entblösste, eine voluminöse Placenta zwischen den Schenkeln, die mittelst des Nabelstranges noch an dem Foetus hing. Die Blutung war eine sehr mässige. M. untersuchte nun, fand den Cervix vollkommen erweitert, aber keinen sich präsentirenden Kindestheil. Das Kind war abgestorben. M. fasste die Füsse, extrahirte und beförderte den Kopf, der grosse Hindernisse darbot, mit Hilfe des stumpfen Hakens heraus.

Im Wochenbette stellte sich Metro-Peritontis ein. H. überstand diese und befindet sich nun sehr wohl.

Die Placenta sass in diesem Falle in dem Uterushals, ein nicht so seltenes Vorkommniss. Was aber diesen Fall so merkwürdig macht, ist erstens die geringe Blutung, während sie doch beim Sitz der Placenta im collum Uteri fast stets fulminant ist, zweitens, und dies ist noch seltener, dass die Geburt der Placenta der des Kindes voranging.

Die Expulsion der Placenta vor dem Kinde ist eine Thatsache, die schon den alten Geburtshelfern bekannt war. In der Neuzeit hat Simpson 141 solche Fälle zusammengestellt. Der Zeitraum, der zwischen dem Abgang der Placenta und des Kindes lag, schwankte von einigen Minuten bis 10 Stunden. Zehn Frauen, also auf je 14 Fälle eine, gingen zu Grunde. Von den Kindern jedoch blieben von 114 nur 31 am Leben. Die Blutung verhielt sich sehr verschieden; bei dem grössten Theile war sie sehr gering, bei den andern leicht zu stillen und nur in 7 Fällen findet sich eine gefährliche Hämorrhagie verzeichnet.

Unvollständige Wendung; von J. Sedgwick. (Med. Times and Gazette Nov. 1860.)

Folgender Fall gehört gewiss zu den seltensten der geburtshilflichen Praxis.

S. wurde zu einer 37jährigen, kräftig gebauten Dame wegen Hilfeleistung bei ihrer Entbindung gerufen. Er erfuhr von ihrem Hausarzte, dass sie wegen einer Beckenverengerung stets langanhaltende, sehr schmerzvolle Wehen gehabt habe, dass bei drei vorausgegangenen Schwangerschaften eine Querlage vorhanden war, die die Wendung nothwendig machte, dass aber die Geburt selbst endlich stets ohne unglückliche Ereignisse zu Ende ging.

Fünf Stunden vor dem Erscheinen von S. waren die Wehen eingetreten. Bei der Untersuchung fand er den Muttermund vollständig erweitert, die

Fruchtblase erhalten, beide Hände und eine Schulter vorliegend. Er entschloss sich sogleich für eine Wendung, die er auch auf einen Fuss vollführte. Energische Traktionen, um ihn aus dem Vulva herauszubringen, blieben erfolglos. Da die Mutter eine Stunde hindurch nicht sehr ausgiebige Wehen hatte, gestattete ihr S., das Bett zu verlassen, worauf sich sogleich energischere Kontraktionen des Uterus einstellten. Eine abermalige Untersuchung belehrte S. darüber, dass der Kopf oberhalb des Beckeneinganges stand, an dem Eintreten in denselben aber durch den hevorgezogenen Fuss gehindert wurde. S. stellt nun neue Extraktionsversuche an, als er zu seinem grössten Erstaunen den Kopf in normalrotirter Stellung geboren werden sah. Belebungsversuche des Kindes nach dem Vorschlag von Marschall Hall waren von gutem Erfolge.

Tod in Folge des Eintrittes von Luft in die Venen nach einem Versuche, Abortus zu bewirken; von John Swinburn (Med. and. surg. Rep. April 1860).

Eine 23jährige Frau hatte die Absicht, die Frucht sich abtreiben zu lassen. Zu dem Behufe begab sie sich zu einer ihrer Bekannten, wo sie plötzlich starb. Ein Arzt, der herbeigerufen wurde, fand bei der Untersuchung der Gestorbenen einen Gummikatheter, dessen sie sich wahrscheinlich bedienen wollte, um Luft zwischen die Eihaut einzublasen, und so den Abortus hervorzurufen, was aber misslang, da der Katheter nicht an die beabsichtigte Stelle gelangte, sondern in das Uterusparenchym und hier in eine Vene drang. Dieser Vorgang wird von dem Verfasser jedoch nur als höchst wahrscheinlich, nicht aber als ganz gewiss hingestellt, da die anwesende Frau bei der Behauptung festhält, dass man den Abortus durch Sprengen der Eihäute mittelst eines stählernen Instrumentes erzeugen wollte.

Es wurde nun die Sektion vorgenommen, und da ergab sich, dass die Venen des subcutanen Zellgewebes mit schäumiger Flüssigkeit gefüllt waren. In der rechten Herzhälfte schaumiges Blut, Luft, eben so in der Jugularis. — Die Venen des Uterus waren strotzend mit Luft gefüllt, das Organ zeigte bei der Untersuchung mit den Fingern das charakteristische Knistern. — Die Eihäute nach rechts und hinten mit der Placenta vom Uterus theilweise getrennt; unter dem untern Rande der Placenta sassen Blutcoagula, Orificium und Cervix waren mit blutigem Schleim erfüllt, und auf der innern Fläche der Gebärmutter eine Perforation, welche direkt mit einem Sinus communicirte.

Dieser Sektionsbefund spricht klar für die in der Krankengeschichte vom V. vermuthete Art und Weise des plötzlich eingetretenen Todes.

Ueber Scharlach; nach Stiebel, Chrastina, Siemon-Dawosky, Reeves, Clemens, Feitel, Deiters, Eulenberg, Förster, Skoda.

Stiebel (Journal für Kinderkrankheiten Sept.-Dez. 1859) hält die Hautröthe bei Scharlach nur für ein Symptom einer durch Contagium bewirkten Infektion des Blutes und stellt den Scharlach je nach der Intensität der Blutvergiftung mit dem Typhoid und dem Typhus zusammen, bei denen das Exanthem eben so gut wie bei Scarlatina vorkommen und fehlen kann. Ob dieses Gift ein Miasma oder ein Contagium sei, ob ersteres unter Umständen zu letzterem werden könne, lasse sich eben so wenig entscheiden wie die Frage, ob das Exanthem gegen seine Wiederkehr

schützt. Stiebel und Clemens (Journal für Kinderkrankheiten Jan.-Febr. 1860) haben mehrmalige Ansteckung beobachtet. — Das Exanthem sieht St. als Lokalisationserscheinung des Scharlachfiebers an, welches an bestimmten Partien des Körpers (äussere Decke, Rachen, Nieren) mit Vorliebe Platz greift.

Das einfache Scharlachtyphoid ist eine der unbedeutensten Krankheiten, welche zumeist erst nach erfolgter Eruption des Exanthems bemerkt wird, die nebst einem leichten Fieber und geringem Halsweh auch die einzige Krankheitserscheinung ist. Waschungen mit nicht zu kaltem mit etwas Essig vermischtem Wasser leisten in vielen Fällen vortreffliche Dienste; ausserdem findet St. eine wenig nahrhafte Diät, kühlende Getränke und etwas Nitrum angezeigt.

St. unterscheidet mehrere Varietäten des Scharlachtyphoids. Die eine ist Hahnemann's „rother Hund" in Gestalt rother Plaques, auf welchen nadelspitzgrosse und mit heller Flüssigkeit gefüllte Bläschen (selten Knötchen) sitzen, welche verschrumpfen und als Schorfe abfallen. Auch mit Urticaria und Varicellen kann das Scharlachfieber komplizirt sein.

Unter den schweren Formen unterscheidet St. den katarrhalischen, den putriden und asphyktischen Scharlachtyphus. Zu dem katarrhalischen Scharlach sind scrophulöse und heruntergekommene Subjekte geneigt. Die Krankheitserscheinungen sind hier: Katarrhalische Augenentzündung, Photophobie, ein corrodirender Ausfluss von Schleim und Serum aus der Nase, Frost, Husten, Somnolesenz, Coma, intensive blennorrhoische Angina und unter Steigerung der Angina und der Gehirnerscheinungen gehen die Kinder zu Grunde. Das Exanthem erscheint hier meistentheils dunkel. Als Folgekrankheiten hebt St. Bronchitis und Pleuritis hervor und will auf der Pleura ein rosafarbiges Scharlachexanthem beobachtet haben. Die Therapie hat bei dieser Varietät vorzüglich die abnorme Sekretion der Schleimhäute durch Einpinselungen mit Alaun und Tinct. opii. zu hemmen.

Der von St. sogenannte Scharlachtyphus, dessen hauptsächliche Symptome Deliriren und Coma, galliges Erbrechen und eben solche Diarrhoe, häufiges Nasenbluten und eine sehr oft den rapiden Ausgang in Gangrän nehmende Angina membr. sind, finden sich am häufigsten in der Entwicklung von Miasma günstigen Gegenden und bei nervösen Subjekten. Hier sind Zerstörung der Pseudomembr. durch Betupfung mit Säuren, innerlich Mineralsäuren und Gargarismen indizirt.

Wenn die Scharlachvergiftung noch heftiger ist, erscheint der Scharlachtyphus als Typhus putridus. Das Exanthem ist dunkelviolett, mit Petechien und mit Blut erfüllten Blasen vermischt; alle Se- und Exkretionen, so wie die exspirirte Luft besitzen einen aashaften Geruch. Die Tonsillen und ihre Umgebung stossen sich in Gestalt gangränöser Fetzen ab. Die fortwährend in tiefem Sopor befindlichen Patienten sterben rasch. — Die Therapie beschränkt sich auf Entfernung der pseudomembranösen Zellgewebsfetzen;

Einstreichen von Tra myrrhae, Perubalsam, Gurgelwasser, Umschläge um den Hals von China und Säure.

Die letzte und hinsichtlich der Prognose ungünstigste Form des Scharlachtyphus ist der asphyktische, welcher den durch Kohlenoxydgas bedingten Vergiftungsfällen täuschend ähnlich ist. Unter den rasch nach einander folgenden Erscheinungen von Schwindel, Sopor, schnarchender Respiration, Röthung der Augen und Erweiterung der Pupillen, Intermission des Pulses, Tetanus und Trismus, Anschwellen der Venen, Schaum vor dem Munde, tritt in Folge Herzlähmung und Lungenödem der Tod ein. Das Exanthem ist dunkel und fleckig, fehlt jedoch manchmal ganz. — Die Therapie ist erfolglos.

Feitel (Zeitschrift für Natur und Heilk. 1859) führt vier Varietäten des Scharlach an. Zur ersten rechnet er die leichten ohne bedeutende Lokalaffektion in kurzer Zeit günstig verlaufenden Fälle. Das Exanthem ist die unter Scart. miliaris bekannte Form. — Die zweite Varietät charakterisirt sich durch bedeutende Drüsenanschwellungen, welche durch Kompression der Halsgefässe Tod in Folge von Apoplexie oder wenn sie vereitern in Folge von Pyämie herbeiführen. Die dritte Varietät hat Hydropsien zur Folge und die Desquamation geht hier meist langsam und unvollständig vor sich. Oft enthält der Harn Eiweiss. — Bei der vierten Abart endlich sind Ausschlag und Fieber, welches letztere den nervösen Charakter zeigt, protrahirt. Heftige Kolik und Diarrhoe (durch nux vomica gestillt) gesellen sich als begleitende Symptome hinzu. — Die Behandlung, welche F. einleitete, bestand in Emeticis, Blutentziehungen, bei Halsaffektionen Umschläge mit Bleiessig, bei Hydrops Cremor tartari und bei Komplikation mit Meningitis cerebr. Calomel.

Auch Eulenberg (Preus. Ver.-Ztg. N. F. II. 42—47, 1859) erwähnt mehrerer Scharlachformen. Den von Schnitzlein behaupteten constant biliös-rheumatischen Charakter des Scharlachs lässt er nur bei einem zur selben Zeit herrschenden biliösen genius epidemicus zu. Zungenbeleg, gastrischer Katarrh, geringes Fieber und eine unerhebliche Angina sind dieser Form eigen. E. beobachtete zuweilen Harnbeschwerden und die leichtesten Formen, wo Exanthem und Fieber gering waren, zog nach der Desquamation Wassersucht nach sich. — Bedenklicher ist die katarrhalische Form mit Ansammlung zähen Schleimes auf den Respirationsschleimhäuten und im Rachen, welcher Zustand bei 1—2jährigen Kindern öfter Lungenparalyse und Erstickung herbeiführte. — Eine weitere Form ist die nervöse, welche besonders nervöse und sensible Kinder befiel. Delirien, bedeutende Temperaturerhöhung und Pulsfrequenz und ein Rachencroup ohne zur Ulceration zu führen kennzeichnen diese Varietät. Bronchitis war stets, Diarrhoe sehr selten vorhanden. E.'s Fälle wurden alle geheilt. — Die schleichend-nervöse Form, namentlich bei nervösen Kindern häufig, charakterisirt sich durch anfänglich geringes Fieber, bedeutende Intumescenz der Tonsillen, der Submaxillardrüsen und der Parotis. Das Exanthem war gering, Delirien und Sopor, ein schneller und schwacher Puls führten rasch

Collapsus herbei. — Die septische Form und die Scart. gangraenosa (von E. nur je in einem Falle beobachtet) stimmen mit der Schilderung des Typhus putridus Stiebel's überein.

Was die Komplikationen und Folgekrankheiten des Scharlachs betrifft, werden dieselben besonders von St. besprochen. — St. nennt unter den Komplikationen des Scharlachtyphoids:

1. Die abnorm vermehrte Gallenabsonderung, in Folge deren sich belegte Zunge, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Diarrhoen und durch den Magen- und Darmreiz bedingte Reflexkrämpfe einstellen. Diese Reflexkrämpfe sind von den centralen oft schwierig zu unterscheiden. Erstere erfolgen rasch hinter einander, ergreifen zumeist die beiden Oberextremitäten und nach Aufhören der Krämpfe liegen die Kinder mit erschlafften Gliedmassen da. Die centralen Convulsionen dagegen sind durch ihr meistens einseitiges und mehr stossweises Auftreten ausgezeichnet und gehen in tetanische Steifheit oder Kontraktur der Glieder über. St. empfiehlt in diesen Fällen ein Emeticum und warnt vor Blutentziehungen, welche letztere die Entwicklung von Marshall Hall's Hydrocephaloid herbeiführen sollen.

2. Nasenbluten, soll im Beginne der Krankheit eine der Prognose günstige Komplikation sein.

3. Hirnirritation und 4. Arachnitis. Diese zwei Formen will St. gesondert wissen. Erstere erscheint im Beginne der Krankheit; die Kinder klagen über Kopfweh in der Stirne, haben Fieber, Phantasmen, Delirien manchmal furibunder Art, Injektion der Augen, Kontraktion der Pupillen und in seltenen Fällen kömmt Hydrophobie zum Vorschein. Die Haut ist heiss und trocken, der Urin sparsam, saturirt und rothgelb gefärbt. Gelangt die Scarlatina zur vollkommenen Entwicklung, schwinden die Symptome der Hirnirritation. Die Therapie kann sich auf kalte Umschläge auf den Kopf und gelinde Abführmittel beschränken. Wenn die Patienten sterben, ergibt der anatomische Befund: Hyperämie des Gehirns und der Hirnhäute. Letztere betrachtet St. als „Ausbruch des Exanthem's auf der harten Hirnhaut". — Nur wenn die eben geschilderten Symptome der Hirnirritation länger als 12 Stunden andauern und zu denselben Erbrechen, Stuhlverhaltung, Delirien, Sopor, Erweiterung der Pupille, Trismus und Konvulsionen sich hinzugesellen, kann man die Diagnose auf Arachnitis stellen, welche nach dem in 12—24 Stunden erfolgenden Tode durch die Obduktion bestätigt erscheint. Die Behandlung muss hier energisch eingeleitet werden und sind Blutegel (am besten in die Nasenlöcher), kalte Sturzbäder auf den Kopf oder kalte Begiessung im lauwarmen Bade indizirt. Innerlich reiche man Calomel. Um die Eruption zu befördern, setze man dem Bade Senfmehl zu und hülle das kranke Kind ohne es zu trocknen so in wollene Decken, dass nur der Kopf frei bleibt.

5. Die sehr intensive Dermatitis, welche gewöhnlich rasch den Tod herbeiführt. Die Therapie erheischt kalte allgemeine Bäder. Andererseits kommen Fälle mit blasser welker Haut, schwachem Pulse, blassen und geringen Exanthemen zur Beobachtung, wobei

die Kinder rasch collabiren. Die Therapie besteht in der Anwendung von Stimulantien.

6. Eine intensivere Halsentzündung. Hier setze man Blutegel, scarificire die Tonsillen, gebe ein Brechmittel, ziehe Gurgelwasser in Gebrauch, wende endlich eiskalte Umschläge um den Hals an.

7. Rheumatismus, welcher besonders kranke Kinder, die in Federbetten eingezwängt werden, befällt. Bei dieser Komplikation ist ein diaphoretisches Heilverfahren einzuleiten.

8. Carditis. Der Symptomenkomplex dieses Uebels ist bekannt. Dasselbe an dem Auftreten der phyrikalischen Zeichen zu erkennen, wie es St. fordert, ist kaum möglich; jedenfalls dienen St.'s abenteuerliche Angaben nicht dazu.

9. Der Mumps, welcher im Zellengewebe am Halse sich oft sehr rasch entwickelt und am besten mit der Phlegmasia alba dolens zu vergleichen ist. Die Parotis ist hiebei in der Regel gar nicht oder nur partiell mitaffizirt. Durch den Druck, welchen die Geschwulst ausübt, kann es zu gefährlichen Circulationsstörungen kommen. Man vermeide es, Blutegel zu setzen und wende trockene Wärme, Brechmittel, Linimente und Diaphoretica an.

10. Nierenhyperämie und Entzündung. Bei ersterer ist der Harn sauer und enthält Harnsäurekrystalle, seltener Eiweiss, während der Harn bei Nephistis ein rothbraunes, kaffeesatzähnliches, aus Blutkügelchen und deren Detritus, Nierenepithel und Bellinischen Röhren *) bestehendes Sediment fallen lässt und eiweisshältig ist.

11. Wassersucht. Gewöhnlich stellt sie ein Anasarca dar, welches rasch zur Entwicklung kommt und entweder ohne oder mit Vorläufern, wie Frost, Uebelkeit, Erbrechen, Ohnmacht etc. auftritt. Als aetiologische Momente erwähnt St. die Erkältung, die vernachlässigte Hautkultur, schwache, unregelmässige und verzögerte Desquamation, Hydrämie, Carditis und das erste Stadium der Bright'schen Nierendegeneration.

Die Behandlung der Scharlachwassersucht nach St. hat bei der durch Erkältung entstandenen die Abhaltung von Feuchtigkeit und Erhaltung einer gleichmässigen Temperatur zum Zwecke (Flanellkleider). Gleichzeitig gibt man die Haut- und Nierensekretion anregende Mittel (Squilla mit Kampher, Wachholderräucherungen u. s. w.) und sorgt für den Stuhlgang. Auch hat St. von Jodkali, Jodeisen, Holztrank, Guajac (bei leukophlegmatischen Individuen) Nutzen gesehen. Zuweilen sind Skarifikationen angezeigt. Bei der rheumatischen Form können Blutentziehungen, Brechmittel und Diaphoretica indizirt sein. Bei Herzaffektionen wird die Digitalis nöthig.

Chrastina (Zeitschrift der Wiener medizinischen Fakultät Nr. 18, 1859) widerspricht der Ableitung der Wassersucht bei Scharlach von Hypinose des Blutes, wie dies Mohs annimmt, viel-

---

*) St. meint wohl die Faserstoffcylinder, welche bei morb. Brighti die Bellini'schen Röhren auskleiden. *Der Referent.*

mehr trägt nach Ch. Hydrämie die Schuld. — Feitel beobachtete in den Fällen von Scharlachwassersucht eine langsam und unvollständig vor sich gehende Häutung; auch Eulenberg's Erfahrung stimmt hiemit überein und findet Schnitzlein's Behauptung, dass die Wassersucht eine Rheumatose des Unterhautzellgewebes, umsomehr nicht gerechtfertigt, da in den seltenen von E. beobachteten hieher zu rechnenden Fällen neben der Rheumatose auch Nierenaffektion vorhanden war, welche E. als Lokalisationserscheinung des Scharlachcontagiums in der Niere ansieht.

Förster (Dissert. Leipzig 1859) bespricht den Zusammenhang des Scharlachs mit Tuberculose. Verf. schliesst sich der Ansicht von Barthez und Rilliet an, wonach Tuberculose eine seltene Nachkrankheit der Scarlatina ist, Tuberculöse selten von Scharlach ergriffen werden und wenn dies doch der Fall ist, nur wenige rohe, sehr selten erweichte Tuberkeln vorhanden sind, die häufig binnen Kurzem verkreiden. Auch die Angabe von Barthez und Rilliet, dass man in Scharlachleichen verkalkte Tuberkeln findet, wird von Förster bestätigt; er bestreitet aber den hieraus gezogenen Schluss, dass wenn Scharlachkranke tuberculös werden, die Prognose in der Regel eine günstige sei, da ja die Tuberkeln schon vor dem Scharlach verkreidet sein konnten.

Wir wollen nun die Ansichten der citirten Autoren über Therapie der Scarlatina auseinander setzen.

Unter den prophylaktischen Mitteln wird der Isolirung der Arzneistoffe, welche die Entstehung der Krankheit verhindern sollten, und der Impfung gedacht. — St. isolirt nur bei schweren Epidemien die kranken Kinder von den gesunden, da es besser sei, dass dieselben bei einem gutartigen Verlauf und in früheren Jahren die Krankheit durchmachen. Dieser Ansicht kann Chr. nicht beipflichten, indem er hervorhebt, dass das Contagium sowohl der Infektionsfähigkeit als der Wirkung nach verschieden sei, und es nicht in der Macht des Arztes stehe, durch Ansteckung einen gutartigen Scharlach herbeizuführen. Chr. hält daher die gewissenhafte Fernhaltung des Contagiums für die beste Prophylaxe. Die prophylaktische Wirksamkeit der Belladonna schlägt St. sehr gering an, räth aber dennoch bei bösartigen Epidemien einen Versuch mit demselben zu machen. Siemon-Dawosky (Memorabilien Nr. 12, 1859) lässt die durch Belladonna bewirkte Verminderung der Ansteckungsfähigkeit zu; Feitel erwies sich dieses Mittel bei den rein katarrhalischen Anginen mit Fiebersymptomen (welche F. jedoch nicht als Scarlatina sine exanthemate gelten lassen will) als nützlich. — Die von Miguel d'Amboise (Journ. d. conn. med. 1834) für den Scharlach angerathene Impfung leistet nach St. gar nichts oder äusserst wenig.

Die Behandlungsweise, welche im Verlaufe der verschiedenen Formen und Komplikationen des Scharlachs eingeleitet wird, ist schon zum Theile bei Herzählung dieser erwähnt worden. — Für die Schneemann'sche Speckeinreibungen ist St. durchaus nicht eingenommen, dagegen redet S.-Daw. denselben das Wort. Die

Einreibungen müssen nach Letzterem vierzehn Tage lang, Morgens und Abends so lange vorgenommen werden, als die Haut noch aufnimmt, und sind auf den ganzen Körper mit Ausnahme des Kopfes auszudehnen. Bei bedeutender Temperatur-Erhöhung der Haut und stark entwickelten Exanthem soll man die Einreibung drei- bis viermal täglich wiederholen, und Reinigungsbäder, Wechseln der Wäsche dabei ganz unterlassen. Die Temperatur des Krankenzimmers sei 15°. Sowohl Hydropsien als die bei schneller Abschuppung früher so häufigen perniciösen Kopfaffektionen sollen bei diesem Heilverfahren weit seltener beobachtet werden. Eulenb. rühmt die Speckeinreibungen bei grosser Hitze der Haut. — Chr. bemerkt, dass die kalten Begiessungen die Eruption des Scharlachs begünstigen, auf den weiteren Verlauf der Krankheit aber durchaus keinen Einfluss üben. Im Uebrigen habe sich die Therapie der Scarlatina auf ein möglichst exspectatives Verfahren, Erhaltung einer gleichmässigen Temperatur, Verabreichung von Säuren, sowie Beseitigung der Komplikationen zu beschränken. — Reeves (Lancet, Juli 1859) empfiehlt bei der Angina scarlatinosa die Anwendung des Jod (als Salbe gr. 1½, als Tinctur gr. 20 — 30 auf die Unze). Die Tinctur streicht R. mit einem Federbarte auf die Rachenschleimhaut und applizirt die Salbe auf die Mandeln. Endlich bewirkte das Jod, innerlich gegeben, bei allen nicht gerade hoffnungslosen Fällen von Nierenleiden bei Scarlatina schnelle und sichere Besserung. (Die Formel R.'s ist: Kali hydrojod. drch. j, Kali nitrici dr. j½, Liqu. Kali carb. drch. j, Aqua dest. unc. jj. Viertelstündlich einen Thee- bis Esslöffel voll.) Bei Anschwellung der Parotis sah Eulenb. von Ferrum jod. sacch. guten Erfolg *).

Clemens sah die besten Erfolge bei einer antiphlogistischen Behandlung der Scarlatina. Er beginnt die Behandlung mit einem Brechmittel, und reicht dieses auch im Verlaufe der Krankheit mit dem besten Erfolge. Besonders indiziren die in der Desquamationsperiode auftretenden gastrischen Symptome die Wiederholung eines Emeticums, das indessen hier nur aus Ipecacuanha bestehen soll. Nach dem Brechmittel rühmt Cl. die Abführmittel, von denen höchstens wirkliche Adynamie abzuhalten braucht. Sie sind indizirt während das Exanthem ausbricht und steht, so lange Halsentzündung, Kongestion zum Kopfe, härtlicher Puls, trockene Hitze der Haut, trockene und belegte Zunge, starker Durst vorhanden sind. Selbst in der Desquamationsperiode müssen leichte Abführmittel gegeben werden (Kindern von 1—3 Jahren: Syr. rhamni cathart. theelöffelweise stündlich, älteren ein Electuarium). Ein drittes Hauptmittel besteht in Blutentziehungen. Die Blutegel werden am besten dahin gesetzt, wo die Carotiden pulsiren. Nach Verschwinden des Exanthem's bis zur eigentlichen Abschuppung lässt sich ein leichter febriler Zustand nicht verkennen, in dieser Periode verordnet Cl.

*) Jodsalben auf die Parotidengeschwulst angewendet zeigen oft einen sehr günstigen Erfolg. Die Eröffnung der abscedirenden Parotis ist stets der Natur zu überlassen. *Der Ref.*

Chlorwasser, das wegen seiner beruhigenden und dabei doch belebenden Wirkung hier besonders nützlich ist. Als Getränk kaltes Wasser. Warme Bäder nach vollendetem Abschuppungsprozess. Gegen die torpide Art der Wassersucht nach Scarlatina, welche sich durch Albuminurie kundgibt, nennt Cl. die Eisenpräparate als ein Spezificum.

Eulenberg endlich verfolgt bei der Behandlung der Scarlatina folgendes Verfahren. Er warnt vor Laxanzen und Evacuationen aller Art. Bei leichten Fällen genügte warmes Verhalten, warmes Getränk und sorgfältige Abwartung des Desquamationsstadiums. Bei gastrischer Komplikation reichte er Natr. acet., bei Diarrhoe ein inf. ipecac., bei der katarrhalischen Form ammon. mur., Kali oxymur. und Liqu. chlori, welcher mit einem kleinen Malerpinsel aufgetragen wurde. Blutentziehungen wurden bei Angina, Arachnitis u. s. w. stets möglichst vermieden. Die nervöse Scarlatina machte die Anwendung des Liqu. chlori und die Bepinselung der mit Croupmembranen bedeckten Schleimhäute mit Arg. nitr. (gr. 6 auf die Unze) nöthig. Die Scharlachwassersucht wurde am besten durch den Gebrauch des acid. nitr. und später des Chinin. tannic. beseitigt.

Ref. nimmt hier Anlass die Ansichten Skoda's (nach seinen klinischen Vorträgen) über Scarlatina mitzutheilen.

Die Scarlatina verbreitet sich durch ein Contagium, es kann aber nicht weiter entschieden werden, ob sie auch spontan auftrete, ohne durch ein Contagium provozirt zu sein. Die Erfahrung, dass der Scharlach auch dort zuweilen erscheint, wo ein Contagium nicht zulässig ist, scheint für die mögliche Spontanität der Entwicklung des Scharlachs zu sprechen; anderseits muss aber auch bemerkt werden, dass wo die Uebertragung des Krankheitskeimes selbst unter dem Mikroskope nicht nachzuweisen ist, diese dennoch auf eine ungeahnte Weise stattfinden kann. Die Frage, ob eine contagiöse Krankheit auch spontan sich entwickeln könne, wird so lange unentschieden bleiben, bis wir nicht mit isolirten Contagien experimentiren können. Es ist erwiesen, dass das Scharlach-Contagium besonders durch Berührung sich fortzupflanzen scheint, es ist aber auch die Fortpflanzung durch die Luft, durch die Kleider u. s. w. möglich. Das Contagium kann durch lebende oder leblose Gegenstände oft auf grössere Entfernungen übertragen werden, und es ist nicht nothwendig, dass Jemand, der das Contagium überträgt selbst affizirt werde.

Es ist bis jetzt nicht gelungen, eine bestimmte Beziehung zwischen der ganzen Krankheitserscheinung und der lokalen Erkrankung festzustellen; — so sehr man sich daran geklammert hat, ist man doch stets getäuscht worden, und es ist jetzt sichergestellt, dass die Schwere der Erkrankung mit dem Auftreten des Exanthem's auf der Haut nichts zu schaffen hat. Es ist ferner nicht bekannt, ob die Haut der geeignete Boden für das Contagium sei, oder ob das Exanthem nicht bloss ganz symptomatisch sei, bedingt durch eine abgeänderte Innervation und Cirkulation, und mit dem

Contagium nur insoweit zusammenhänge als eine andere gleichzeitige Affektion des Organismus. Selbst bei der Variola ist die Pustel nicht der alleinige Herd des Contagiums, sämmtliche Gewebe des Organismus sind vom Contagium durchdrungen, — in einem noch bedeutendern Grade muss man diess bei der Scarlatina, kurz denjenigen exanthematischen Prozessen annehmen, die nicht Eiter produziren. — Man könnte aber dennoch annehmen, dass die Haut die primär erkrankte Partie ist, und das andere Gewebe nur sekundär durch Vermittlung des Blutes affizirt werden. Der wahre Sachverhalt wird uns ohne Zweifel immer unbekannt bleiben, da gar keine Methode denkbar ist, wodurch diess zu erkennen wäre. So viel ist gewiss, dass die wesentliche Erkrankung bei Scarlatina im Fieber beruht, und je nach der Verschiedenheit des Fiebers bald dieser, bald jener Bezirk des Nervensystems stärker affizirt ist.

Wenn wir also auch zugestehen wollten, dass das Contagium sich hauptsächlich in der Säftemasse befindet, hindert dies uns nicht, die Phänomene lediglich von einer Nervenaffektion abzuleiten. Man mag die Blutmasse wie immer verändert denken, so wird sie kein Fieber hervorbringen. Die Abweichung im Nervensysteme bei der Scarlatina geht zuweilen über das Normale hinaus; es kömmt zuweilen zu Anomalien des Gehirns und Rückenmarks, die wir nicht von der Anomalie in der Circulation abhängig machen können; eine vehementere Circulation kann gar oft hervorgerufen werden, und wiewohl bei Vielen in Folge dessen Funkensehen, Ohrensausen, Mattigkeit sich einstellt, so sind dies Symptome doch ganz verschieden von jenen, welche wir bei fieberhaften Krankheiten zu beobachten Gelegenheit haben, wenn sich die anomale Erregung auf das Gehirn und Rückenmark erstreckt. Wir müssen uns hier so vager Ausdrücke bedienen, da wir die Art, wie Innunctionen des Nervensystems zu Stande kommen, und die Art ihrer Abweichungen gar nicht kennen.

Die Scarlatina wurde zu den Krankheiten gerechnet, in welchen der Eiweisgehalt des Blutes abnehme, und auch kein Ueberschuss an Faserstoff in demselben vorkomme. Man weiss hierüber nichts Näheres, es hat aber die ganze Eintheilung der Krankheiten in hypinotisehe und hyperinotische keinen positiven Werth.

Von einigen Anatomen wurde angenommen, dass das Blut, bevor das Exanthem erscheine, überwiegend venös sei und mit der Entwickelung des Exanthems bedeutend arteriell werde. Auch Kliniker schrieben eine grosse Anzahl von Krankheiten dem Umstande zu, dass das Blut bei Nichtentwieklung des Exanthems sich nicht reinigen könne. Auch diese Ansicht kann nicht verwerthet werden, um so mehr, da, wie wir eingesehen haben, die wesentlichen Veränderungen bei der Scarlatina im Nervensysteme vor sich gehen.

Ueber die Annahme, dass die langsam erfolgende Entwieklung des Exanthem's nachtheilig für das Individuum sei, ferner dass das Exanthem, wie man sagte, zurücktreten könne, um auf ein Organ, auf das Gehirn und Rückenmark versetzt zu werden, äussert sich S. dahin, dass, indem wir die Exan-

theme als eine normale Erregung des Nervensystems auffassen, es nicht nothwendig ist, dass nur das Nervensystem in der Haut von der Anomalie ergriffen sei; vielmehr kann diese Erregung auch in andern Bezirken des Nervensystems Platz greifen, und in diesem Sinne müssen jene Fälle aufgefasst werden, wo von einem Zurücktreten des Exanthems gesprochen wird. Es ist hiebei gewiss nicht das Zurücktreten des Exanthems von der Haut die Ursache, dass die anomale Erregung z. B. im Gehirn und Rückenmark auftritt. Unsere Therapie bleibt auch in diesen Fällen dieselbe, als wären die krankhaften Symptome im Gehirne und Rückenmarke, durch welche Ursache immer hervorgebracht worden, nämlich ein Irritament an die Peripherie, eine künstliche Erregung der Haut. Es ist hiezu eben keine Wärme nöthig, wir können die Kälte mit demselben Erfolge in Anwendung bringen.

Bezüglich der *Therapie* des Scharlachs (welche in den einfachen Fällen eine ganz indifferente, bei den Komplikationen und Folgekrankheiten eine symptomatische ist), wollen wir hier nur das Urtheil Skoda's über die Anwendung der Belladonna als prophylaktisches Mittel hervorheben. Wenn einmal das Contagium in den Organismus eingedrungen ist, können wir es durch nichts hemmen, ebenso können wir uns gegen die Einwirkung des Contagiums nicht schützen. So viel ist sicher, dass, wenn man nicht in die Nähe des Contagiums kömmt, man von demselben nicht affizirt wird, demnach ist Verhinderung des Contagiums das Einzige, was wir in dieser Hinsicht anwenden können. — Da die Belladonna bei Gesunden Scarladinazufälle erzeugt, wurde sie von Hahnemann als Prophylacticum gegen Scharlach angerathen; es ist aber ein solcher Schluss ganz unrichtig. Wie soll man wissen, dass eine Krankheit verhütet wurde, wenn sie nicht da war? Anderseits sind viele Individuen, die Belladonna als Vorbauungsmittel nahmen, trotz dem an Scarlatina erkrankt. Hahnemann's Behauptung kann also weder vertheidigt noch verneint werden, wahrscheinlich beruht diese Annahme auf Selbsttäuschung.

Ueber angeborene Aftersperre; von Dr. Hermann Friedberg Virchows-Archiv, 17. Bd. und Dr. Klügel, med.-chir. Monatshefte, Dezember 1860.

Friedberg kam es zunächst darauf an, den Beweis zu liefern, dass die Eröffnung des Mastdarmes (Proctotomie) ohne Anheftung seiner Wundränder an die Hautdecken des Dammes (Proctoplastik) ein unzulängliches Verfahren sei, dass man in dieser die oberste Aufgabe der Therapie zu suchen habe und nur dann, wenn sie nicht ausführbar ist, zur Eröffnung des Darmes in der Bauchwand schreiten dürfe.

Emil M. wurde am 17. August 1858 rechtzeitig geboren. Am nächsten Tage bemerkte man, dass der After fehlte. Ein Arzt trennte mit einem Bistouri den Damm in der Mittellinie, öffnete das Rectum und entleerte Kindspech. Die Defäcation ging in den nächsten Tagen frei von statten, nur schien die Berührung des Wundkanals durch die Fäkalmasse sehr schmerzhaft zu

sein. Am 10.—11. Tage nach der Operation war der gebildete Weg wieder so verengt, dass keine Entleerung mehr erfolgen konnte. Eine Erweiterung mit dem Messer hatte nur eine kurzdauernde Besserung zur Folge und musste öfter wiederholt werden. Eben so unzureichend waren Erweiterungsversuche mit der Kornzange. So kam das Kind bei grosser Unruhe immer mehr herunter und wurde endlich am 28. Oktober, nach mehrtägiger Verstopfung, zu Friedberg gebracht.

In der Mitte des gut entwickelten Dammes zeigte sich die ulcerirte, schwielige, trichterförmig eingezogene Oeffnung eines Kanales, eine Linie weit, 6 Linien lang, hinter demselben fühlte man feste Kothmassen. Der Bauch war stark aufgetrieben und empfindlich. Mittelst Klystiren und Nachhelfen mit der Sonde konnte nur eine geringfügige Kothentleerung bewirkt werden und nachdem vom 1. bis 3. November wieder völlige Verstopfung eingetreten war, wurde zu besserer Afterbildung geschritten. Bei gebeugten Oberschenkel und Rückenlage des Kindes wurde die Haut des Dammes vom Scrotum bis zur Steissbeinspitze eingeschnitten und weiter schichtenweise der Damm gespalten. Mittelst Messer, Sonde und Finger wurde dann das so erreichte untere Ende des Mastdarmes isolirt, in die Dammwunde herabgezogen, von der bestehenden kleinen Oeffnung aus bis an das vorne gelegene tiefere Ende gespalten und die vorhandene geringere Kothmenge entfernt. Nachdem die, die ältere Oeffnung zunächst umgebenden, schlechten Gewebe entfernt waren, wurden an der Stelle, an welcher der After liegen sollte, die Wundränder des Mastdarmes mit denen des Dammes durch 8 Knopfnähte genau vereinigt, was auch mit den vor und hinter dem neuen After gelegenen Wundrändern des Dammes geschah. Es war kaum ein Theelöffel voll Blut verloren gegangen. Der Damm wurde mit einer geölten Compresse bedeckt und die unteren Extremitäten mit Binden in ruhiger Lage erhalten. Das Kind befand sich ganz wohl. Vom zweiten Tage nach der Operation an hatte dasselbe täglich mehrmalige, anfangs sehr reichliche Kothentleerungen. Am 6. Tage wurde die letzte Sutur entfernt, die Heilung war durch erste Vereinigung gelungen, nur in der Gegend des früheren Kanales war Eiterung eingetreten. Es waren einige Nähte frühzeitig ausgerissen. Man konnte sich überzeugen, dass die Muskulatur des Afters in normaler Weise fungirte.

Klügel erzählt in Bezug auf obigen folgenden, für die Ansicht Friedbergs sprechenden Fall:

Die Afteröffnung wohlgebildet vorhanden, allein nur etwa 1½ Zoll tiefes Blindsäckchen darhinter. Mit dem sogleich angewendeten Troicart traf man zwar den Mastdarm und entleerte das vorhandene Kindspech, aber eigentlicher Kindskoth kam später nur sehr wenig, endlich gar nicht mehr und so starb das Kind, 20 Tage alt, mit stark ausgedehntem Leibe und äusserst abgemagert. Der ganze Darmkanal war mit grünlich thongrauem Koth überfüllt und der blind, in Form und von der Grösse einer mittleren, auf die Narbe gestellten Birne, endigende Mastdarm von jenem äusseren Blindsäckchen nur durch eine 4 Linien dicke, fibröse Schichte getrennt. Diese Zwischenschichte stellte sich keineswegs so dar, als ob etwa die Wände des Mastdarmes unter sich verwachsen gewesen wären, sondern beide Blindsäcke liessen sich leicht und vollkommen von derselben trennen Der Troicartstisch ging erst einige Linien in der Wand des Mastdarmes fort, ehe er seine Höhle traf. Auch in diesem Falle verengte sich der, noch dazu übel gerathene Troicartstich bald und alle Erweiterungsversuche und Klystire führten zu keinem besseren Ziele. K. bemerkt hier, dass er in den späteren Tagen nicht mehr nach Willen über das Kind verfügen konnte, ist aber ganz der Ansicht Friedberg's geworden, dass ein Einstechen auf geradewohl vom Uebel ist. Ist der Mastdarm erreichbar, so wird er sich dem Schnitte am sichersten bieten.

VI. Auszüge aus grösseren Werken.

I. Zur Kasuistik des akuten Gelenkrheumatismus; von Prof. Lebert in Breslau. (Aus dessen Klinik des akuten Gelenkrheumatismus.) *)

(Fortsetzung.)

3. Mona thritis rheumatica. *Vager Polyarticular-Rheumatismus. welcher sich nach 19 Tagen auf das rechte Knie fixirt; hartnäckige Entzündung desselben; nach 64 Tagen plötzlich auftretendes, nicht zu stillendes Erbrechen; Tod am 67. Tage.*

Genaue Beobachtungen über vagen Monathritis rheumatica sind sowohl in Bezug auf die anatomische, wie auf die klinische und therapeutische Beschreibung selten, wesshalb wir auch die folgende Krankengeschichte in ihrer ganzen Ausführlichkeit wiedergeben.

J. H., 19 Jahre alt, Dienstmagd erkrankte Ende August an akutem Gelenkrheumatismus. Früher immer gesund, und bei Abwesenheit von erblicher Anlage, schiebt sie die Schuld der gegenwärtigen Krankheit auf den Umstand, dass sie, als Dienstmagd, sich öfters den Einflüssen der Kälte und Nässe aussetzen musste. Ohne direkt nachweisbare Ursache und nach gänzlichem Wohlbefinden, wurde sie in der Nacht vom 25. auf den 26. August plötzlich von einem Schüttelfrost befallen, dem ein ziemlich intenses Fieber mit allgemeinem Unwohlsein, Kopfschmerz und Schweiss folgte. Erst im Laufe des Tages stellten sich Gelenkschmerzen ein, zuerst in beiden Knien und von da successive in den übrigen Gelenken. Die folgenden Tage wechselten die Schmerzen ab, sich bald links, bald rechts in grösserer Intensität zeigend, bis sie nach 5 Tagen sich fast ausschliesslich auf die Gelenke der rechten Körperhälfte lokalisirten. Den 2. September Eintritt ins Spital. — Die Kranke, von zartem Körperbau, aber gesundem Aussehen, klagt über heftige Schmerzen in dem rechten Schulter- und Ellbogengelenk, sowie im rechten Knie- und Fussgelenk. Bei Bewegungsversuchen werden die Schmerzen fast unerträglich. Volum-Vermehrung findet sich nur im Kniegelenk, so dass sein Umfang 35½ Cm. beträgt, während der des gesunden linken Kniees nur 33 Cm. misst. Die Palpation weist einen geringen Erguss im Gelenk nach, sowie Infiltration der Weichtheile um das Gelenk herum; die Patella flottirt leicht, die Haut um das Kniegelenk ist geröthet die Temperatur aber nicht sehr erhöht. Die Respirationsorgane sind in gutem Zustande. Die Herzdämpfung ist nicht vermehrt; beide Herztöne sind deutlich hörbar, die Diastole ganz rein und scharf accentuirt, die Systole etwas rauh. Der Puls ist schwach, klein, zählt 120 Schläge in der Minute Die Verdauung ist gestört, die Zunge leicht belegt, Appetit gering. Die Kranke ist unruhig, aufgeregt, klagt über Kopfschmerz und Schlaflosigkeit. Die Hauttemperatur ist heiss, die Haut mit reichlichem Schweiss bedeckt. Der Harn zeigt kein Eiweis, reagirt sauer, ist ohne Sediment. Die Behandlung bestand im Einreiben der schmerzhaften Gelenke mit Fett und Einwickeln in Watte; innerlich Succus citri 6 Unzen per Tag, mit Zuckerwasser stark verdünnt.

Den 4. September. Der febrile Zustand ist etwas geringer. Man steigt auf 8 Unzen Succ. citri täglich.

Das rechte Fussgelenk ist ganz frei, dagegen sind leichte Schmerzen im linken Schulter- und Ellbogengelenk, welche beim Eintritt ins Spital schmerzlos waren.

Den 10. September. Allgemeine Besserung.

Den 17. September. Seit 2 Tagen sind wieder Schmerzen im linken Ellbogen- und Achselgelenk aufgetreten, doch in geringerem Grade. In den Gelenken der rechten Körperhälfte beschränken sich die Schmerzen nur noch

---

*) Siehe: Kritik in Nr. 1, 3, 5 u. 6 (1861) der Wiener Medizinal-Halle.

auf das Kniegelenk, sind aber hier eher im Zunehmen begriffen und werden auch durch mehrmals wiederholte Einreibungen mit Elaylchlorür nicht gemindert. Das Kniegelenk ist dabei nicht mehr geschwollen, als im Anfang, die Haut um dasselbe etwas geröthet, ihre Temperatur leicht erhöht und unter dem Ligamentum Patellae auch Fluktuation. Die Behandlung besteht in Application von 10 Egeln, in Einreibung des Kniees mit einer Lösung von Morphium in Glycerin und in narkotischen Cataplasmen; innerlich Citronensaft 6 Unzen per Tag.

Nach einigen Tagen verschwanden die Schmerzen im linken Ellbogen ganz, und reduzirten sich in der Achsel auf ein Minimum. *Der ganze Prozess hatte sich auf das Kniegelenk lokalisirt, und bot nun das reine Bild eines Monartikularrheumatismus in seiner gefährlichen Form, d. h. eines sich entwickelnden Tumor albus genu.*

Durch die beständigen Schmerzen hatte sich das Allgemeinbefinden der Kranken wieder verschlimmert; Pulsfrequenz und Aufregung nahmen zu; die Nachtruhe konnte nur durch Opiate ($^1/_4 - ^1/_2$ gr. Morphium) und selbst so nur mangelhaft erzwungen werden. Der Appetit verminderte sich und das Fieber nahm den Charakter eines hektischen an. Dabei Fortdauer der copiösen Schweisse. Im Kniegelenk selbst zeigten sich wenig äusserlich wahrnehmbare Veränderungen; das Volumen desselben nahm kaum zu, die Fluktuation wurde eher undeutlicher; die Haut um das Gelenk röthete sich stärker und gleichzeitig stieg auch die Temperatur. Die Extremität liegt ganz unbeweglich, und nach und nach tritt leichte Kontraktur der Flexoren des Kniegelenkes ein. Die Schmerzen, anfangs nur durch Berührung des Kniees bedeutend vermehrt, werden nun auch spontan bei ganz ruhigem Verhalten immer intenser, treten paroxysmenweise äusserst heftig auf und werden durch die leichteste Erschütterung, durch das blosse Oeffnen einer Thüre, ins Unerträgliche gesteigert. Oertlich anästhesirende Mittel blieben ohne allen Erfolg, und um den Zustand der Kranken irgendwie zu erleichtern, musste mehrmals zur Chloroformnarkose geschritten werden, wodurch die Schmerzen oft für 4—6 Stunden gänzlich gehoben wurden.

Bis zum 1. Oktober hatten die örtlichen Erscheinungen fortwährend zugenommen; seitdem aber trat allmählig etwas Remission ein; die Schmerzanfälle waren weniger häufig und weniger intens, jeder Bewegungsversuch aber ruft noch die heftigsten Schmerzen hervor. Das Allgemeinbefinden ist, trotz bedeutendem Decubitus am Sacrum, wieder etwas besser, die Ernährung wenig beeinträchtigt, und es ist Hoffnung vorhanden, wenigstens Heilung durch Ankylose zu erzwecken. Die örtliche Behandlung bestand in nochmaligem Ansetzen von 10 Egeln nach der Gama'schen Methode, später viermalige Applikation von Vesikantien mit Morphium endermatisch, Bepinseln mit Jodtinktur. Innerlich bis zum 26. September Succ. citri 6 Unzen täglich; am 30. eine Emulsio nitrosa mit 1 gr. Morphium; den 1.—7. Oktober Chinin sulph. 6×3 gr. täglich bis zu leichter Intoxikation; und während einigen Tagen Tart. stibiat gr. vj per Tag; beide Mittel ohne Einfluss auf das Gelenkleiden. Opiate in steigender Dosis bleiben gleichfalls nutzlos, und so wurde mit dem 20. Oktober Jodkali versucht, gr. xv. per Tag, und gut vertragen. Den 28. Oktober tritt plötzlich, ohne nachweisbare Veranlassung, heftiges, fast unstillbares Erbrechen ein, von gallschleimigen Massen in enormen Quantitäten; das unerwartete Auftreten dieser Erscheinung erregte den Verdacht auf Ingestion einer toxischen Substanz, der aber durch die genaue Untersuchung der gereichten Nahrung und Medicamente, sowie des Erbrochenen sich ganz widerlegte. Die Magengegend ist dabei schmerzhaft, die linke Hälfte des Abdomen aufgetrieben, und gibt, perkutirt, einen helltympanitischen Ton (Piorry's Wasserton); die rechte Hälfte des Abdomens ist mehr eingefallen, der Ton etwas matt, nirgends eine Geschwulst durchzufühlen. Trotz Eis, Brausemischungen und Narcoticis dauert das Erbrechen seit 3 Tagen fast ununterbrochen fort, durch jeden Versuch, etwas Nahrung zu ingeriren, noch vermehrt, die Menge der erbrochenen Flüssigkeit ist enorm, fast wie bei der Cholera; das Erbrechen war anfangs mehr gallig, später ein Gemisch von Galle und Schleim. Dabei collabirt die Kranke immer mehr, es stellen sich asphyktische Anfälle ein, und in der Nacht vom 31. Oktober stirbt sie,

Von dem Leichenbefund erwähnen wir hier blos, dass eine Achsendrehung des Darms, an jener Stelle, wo das Duodenum in das Jejunum übergeht, gefunden wurde, und wenden uns an die Untersuchang des affizirten Kniegelenkes, die Folgendes ergab:

Haut und subkutanes Zellgewebe ohne Veränderung. Das Zellgewebe um die Synovial-Kapsel herum schwammig verdickt, auf der äusseren Seite der Kapsel ein kleiner Abszess. Bei Eröffnung der Gelenkhöhle fliesst aus derselben eine blutigeitrige Flüssigkeit. An den Ligamentis cruciatis, sowie an der Synovial-Membran hängen Pseudomembranen an, welche, unter dem Mikroskop betrachtet, in einem strukturlosen, faserig streifigen, keine Gefässe enthaltenden Blastem zahlreiche Eiterzellen einschliessen. Die Synovialmembran ist um das 2 — 3fache ihres Normalzustandes verdickt; hyperämisch, mit zahlreichen Ecchymosen bedeckt, das umgebende Zellgewebe ebenfalls bedeutend verdickt, das Fettgewebe von fibrösen Strängen durchwachsen. Der Diarthrodialknorpel des inneren Condylus zum Theil zerstört, rauh und blutig imbibirt; derjenige des äusseren Condylus zeigt stellenweise normale, weisse Inselchen, die dazwischen liegenden Stellen ecchymosirt. Der Knorpelüberzug der Patella ist ebenfalls blutig imbibirt und trägt an der dem inneren Condylus entsprechenden Fläche einen bedeutenden Substanzverlust mit blossliegender Knochensubstanz. Um die Patella eine dicke Schicht gallertartigen Zellgewebes. Die innere Gelenkfläche der Tibia ist zum Theil mit Blutkoagulis, zum Theil mit eitrigen Pseudomembranen bedeckt; der Knorpelüberzug fehlt in einem Umfange von 1½ Cm. Länge ganz, mit Ausnahme eines kleinen, nur an einem dünnen Stiele hängenden, vom Knochen abgelösten Sequesters von Knorpelsubstanz. Der Knochen ist an dieser Stelle rauh, cariös, dunkelroth, mit feinen Knochengranulationen bedeckt. Am wenigsten ist die äussere Gelenkfläche der Tibia ergriffen; der Knorpel fehlt hier nirgends in grösserem Umfange; hingegen sieht man überall die durch den Knorpel hindurch gewucherten Knochengranulationen. Um den Ursprung der Ligatmenta cruciata ist eine dicke schwammige Masse, eben so ist das den Einschnitt zwischen den Condylen des Femur auskleidende Zellgewebe fibrös verdichtet. Beim Durchsägen der Gelenkenden der Tibia und des Femur zeigt sich die spongiöse Substanz des Knochens sehr blutreich, stellenweise rothe Flecken in der nicht erweichten Knochensubstanz. An den noch gesund erscheinenden Stellen des Knorpels ist die Zwischensubstanz in fibröser Umwandlung begriffen, die Zellen selbst enthalten viel Fett. In den noch tiefer alterirten erweichten Partien sind Hohlräume und Knorpelzellen verschwunden, und man findet in fibrider Grundmasse unregelmässige, zum Theil verzweigte Bindegewebskörperchen, in welchen man übrigens keine deutlichen Kerne wahrnimmt.

Erwähnt sei hier noch, dass in den früher affizirten Gelenken sich keine Spuren von pathologischen Veränderungen fanden.

Die Gesammtresultate der *therapeutischen* Forschungen des Verfassers über die vorliegenden Krankheiten lassen sich in Folgendem zusammenfassen:

Die Monarthritis rheumatica ist zu schwer, zu schmerzhaft, zu hartnäckig, sie führt, vernachlässigt, zu oft zu schlimmen Folgen, um selbst in leichteren Fällen sich selbst überlassen zu werden. Wenn wir auch kein spezifisches Heilmittel gegen dieselbe besitzen, so lassen sich doch immerhin therapeutische Regeln aufstellen, die, wenn auch nicht immer rasche Heilung zu erzielen im Stande sind, doch gewöhnlich dem Patienten Linderung verschaffen.

Im Beginn und bei kräftigen Subjekten ist energische und wiederholte örtliche Antiphlogose, wenn auch nicht immer unmittelbar, doch insofern nützlich, als die Schmerzen gemindert werden und der Gesammtverlauf sich günstiger zeigt. Ruhe und ganz besonders passende Lagerung des Gelenkes sind hier von grösster

Wichtigkeit. Mit Recht aber macht Bonnet darauf aufmerksam, dass man sich auf den Instinkt der Kranken in dieser Beziehung nicht verlassen soll. Im Gegentheil ist die häufig von ihnen gewählte halbgebogene Lage auf einer Seite des Gelenks von Spannung der Gelenkbänder und der übrigen Weichtheile auf der entgegengesetzten Seite begleitet und spätere schlimme Folgen, wie namentlich Ankylose in einer sehr unbequemen Stellung treten leicht ein. Man muss daher die gebogenen Glieder in gerade Richtung bringen. Bei Beugung im Knie lässt man das Glied gerade strecken, bei nach aussen oder nach innen rotirtem Schenkel diesen wieder in die gerade Richtung bringen, den herabgesunkenen Fuss aufrichten, die Hand in ausgestreckte Stellung bringen und diese gute Lage muss man durch passende Apparate erhalten. Eine gut ausgepolsterte Rinne mit einigen Zirkeltouren einer Binde befestigt, reicht hiezu gewöhnlich aus. Fürchtet man die Schmerzen der nothwendig gewordenen geänderten gehörigen Lagerung der schon seit mehreren Wochen schlecht gelagerten Gelenke und anderer Theile der Gliedmassen, so kann man das erste Einrichten nach vorherigem Chloroformiren der Patienten vornehmen.

Nach 1—2 Tagen sind dadurch allein schon die Schmerzen sehr gemindert. Eine passende Lagerung ist bis zum Aufhören der Schmerzen auf Druck zu empfehlen. Einfache Fetteinreibungen sind in der Regel eben so nützlich als medicamentöse und will man bei heftigen Schmerzen Narcotica örtlich anwenden, so thut man dies am besten durch die endermatische Methode mit einem Blasenpflaster. Indessen länger als 2—3 Tage nach der Hinwegnahme der Blase dauert in der Regel die Absorption nicht in hinreichender Art fort. Die in neuerer Zeit vielfach angewendeten subkutanen Einspritzungen einer Atropinlösung oder einer concentrirten Lösung von Opiumextrakt sind bisher noch zu wenig versucht worden, um über ihren Werth zu entscheiden, doch meint er diese Methode empfehlen zu dürfen.

Weichen Schmerzen, Schwellung, Unbeweglichkeit und andere Zeichen der Entzündung diesen Mitteln nicht, so schreite man zu den Gegenreizen. In erster Linie stehen grosse, mehrfach zu wiederholende Vesikantien. Helfen diese nicht, so ist die transcurrente Glühhitze und wo diese nicht ausreicht, der Gebrauch der Caustica und Moxen durchaus indizirt. Oertliche Bäder von längerer Dauer mit lauem Wasser von 26—28° R. oder mit einer Lösung von Kali sulphuratum oder mit Hydrargyrum bichloratum corrosivum können von Nutzen sein. Warme Douchen endlich sind besonders gegen zurückbleibende Gelenksteifheit zu empfehlen.

Von inneren Mitteln leisten die gewöhnlichen Antirheumatica wenig, Narotica beruhigen nur vorübergehend, dagegen ist anhaltender Gebrauch von Jodkali und in sehr hartnäckigen Fällen der von Tartarus stibiatus in hohen Dosen nach L. noch in so manchen Fällen von entschiedenem Nutzen.

I. Pharmakodynamik, Toxikologie, Elektro- u. Balneotherapie.

Ueber die Anwendung des Sauerstoffgases als Gegengift von Chloroform und Aether; von M. Ozanam (Gazette des Hôpitaux Nr. 16, 1861).

O. empfiehlt, gestützt auf zahlreiche Versuche an Thieren, die Inhalation von Sauerstoff, als das beste Mittel zur Hebung jener Asphyxe, welche bei der Chloroform- oder Aethernarkose bisweilen aufzutreten pflegt.

Bei den verschiedenen Versuchen, die er anstellte, fand er stets, dass das Thier viel rascher zu sich kam, wenn es Sauerstoff, als wenn es blos atmosphärische Luft eingeathmet hatte. Der Zeitunterschied betrug oft mehr als die Hälfte. Der Erfolg war derselbe, ob er mit Aether oder Chloroform den Versuch angestellt hatte. Mehrere Thiere waren chloroformirt worden, bis die Herzschläge nicht mehr wahrnehmbar waren, der Athem sehr schwach wurde, und der Tod bevorstand; und gleichwohl wurde das Athmen tief und regelmässig, sobald es der wohlthuenden Wirkung des Sauerstoffes ausgesetzt wurde. Das Erwachen ging stets rascher vor sich. Um die Wirkung noch augenfälliger zu machen, liess er das Thier gleichzeitig einen Strom von Aetherdämpfen und einen von Sauerstoffgas einathmen. Er musste bei diesen Versuchen jedesmal nahezu 15 Grammes Aether anwenden, das Thier athmete ihn 12 Minuten ein, ehe es einschlief, und selbst nach dieser Zeit war der Schlaf so leicht, dass es von selbst nach anderthalb Minuten wieder erwachte, ohne dass das Einathmen von Sauerstoff mittlerweile fortgesetzt worden wäre.

Ein zweiter Versuch wurde mit einem doppelten Strome Sauerstoff und Chloroformdämpfen angestellt; mehr als 15 Grammes von letzterem wurden verbraucht und gleichwohl war das Thier nach 8 Minuten kaum geschwächt, es verfiel gar nicht in Schlaf, und einige Augenblicke nach Aufhören des Einathmens hatte das Thier seinen normalen Zustand wieder erlangt.

(Aehnliche Resultate erzielte Duroy, bei seinen Versuchen, die er vor einigen Jahren über denselben Gegenstand anstellte).

So lange Athem und Leben nicht aufgehoben sind, zeigt sich der Sauerstoff wirksam, aber in den plötzlichen Todesfällen, wie es auch in einem hierbei angestellten Versuche sich ereignete, ist das Gas wirkungslos; man mag dann immerhin das Thier mit einer Athmosphäre von Sauerstoff umgeben, oder denselben durch die Nasenlöcher in die Luftröhre einblasen, der belebende Effeckt bleibt aus.

Ozanam macht daher auf diese Erfahrungen gestützt aufmerksam, wie wichtig es für jeden Operateur wäre, bei jeder Cholroformirung eine bestimmte Quantität Sauerstoffs in Bereitschaft zu haben, um im Nothfalle den Patienten rasch zu beleben, und wenn auch dadurch nicht allen schlimmen Ereignissen vorgebeugt werden kann, so dürfte dennoch so lange die Respiration noch fortdauert, und sei sie noch so schwach und unregelmässig, das Sauerstoffgas seine Wirkung höchst selten verfehlen.

Therapeutische Eigenschaften der Thonerde; von Dr. Richart (Revue de therap. med. chir.) und Dr. Schreber (Jahrbuch der Kinderheilkunde III. Band, 1860).

Die topische Wirkung der Thonerde besteht nach Richart hauptsächlich darin, dass sie Flüssigkeiten absorbirt. Sie wirkt somit als trocknendes Pulver bei blutigen, eiternden, oder Serum secernirenden Oberflächen; und ruft gleichzeitig eine Verengerung der benachbarten Capillaren hervor. Sie wirkt auch durch die Epidermis hindurch, aber in diesem Falle muss sie mit einer gewissen Quantität Wasser vermischt sein.

Die Thonerde wird auch in breiförmiger Konsistenz als Kataplasma angewandt; man breitet sie ungefähr 1 Centim. dick auf Leinwand aus und legt sie auf den kranken Theil, den man vorher mit einem Stück Tüll oder Gaze bedeckt hat. Man erneuert das Mittel, sobald es trocken oder kalt zu werden anfängt.

Man kann die absorbirende Wirkung der Thonerde steigern, indem man ihr Branntwein oder Weinessig hinzufügt. Dieses Kataplasma aus Thonerde heilt sehr schnell die giftigen Insektenstiche der Bienen, Wespen, Schnecken etc.; es wirkt vortrefflich bei gewissen Wunden, welche mit Entzündung der Haut, Phlegmone, Zellgewebsödem, Lymphangitis komplizirt sind; die Thonerde heilt das oft sehr hartnäckige Oedem in Folge schwerer Quetschungen; diese Geschwulst verschwindet manchmal überraschend schnell. R. fand sie auch von grossem Nutzen bei Entzündungen, Panaritien, chronischen Gelenkentzündungen, Venenentzündung in Folge von Venäsektionen, bei Varicositäten oder varicösen Geschwüren, endlich bei der Schenkelentzündung sehr kleiner Kinder, welche an Incontinentia urinae leiden.

Schreber versuchte dieses Mittel gegen nässende, juckende Hautausschläge (Tinea, herpetische und ähnliche Efflorescenzen), sowie gegen übelriechende Achsel- und Fussschweisse

Behufs der Anwendung der erstgenanten Krankheiten wird die Thonerde in Wasser erweicht und von steinigen Partikelchen (mittelst Durchdrückens durch ein feines Sieb) gereinigt, in weicher Salbenform messerrückenstark ein- oder nach Befinden mehrmals täglich aufgestrichen. Bröckelt sie nach längerer Zeit ab, so reinigt man die Wundfläche und streicht von Neuem auf. Das Wundsekret wird,so wie es hervorquillt,durch die starke Imbibitionskraft der Thon-

erde sofort entfernt, dessen reizende Einwirkung auf die blosgelegten Hautnerven dadurch beseitigt, und durch den vollständigen Luftabschluss die chemische Umwandlung des Sekrets in anderweite Reizstoffe verhütet. Ausser ihrer palliativen Wirkung hat die Thonsalbe also auch eine eigentliche heilende, insofern durch Verhütung der fortwährenden Reizung auch der eigentliche Heilungsprozess erleichtert wird. Ob sich die Thonsalbe auch für wirklich geschwürige und traumatische Eiterungsflächen eignet, hält Schr. für wahrscheinlich, doch hat er hierüber noch keine Erfahrung. Dagegen passt sie entschieden als das vortrefflichste Mittel gegen übelriechende Achsel- und Fussschweisse. Hier genügt das einmalige Aufstreichen der Thonsalbe des Morgens, um nicht allein für den ganzen Tag jede Spur von Geruch zu beseitigen, sondern auch das lästige Wundgehen zu verhüten. Die Salbe hält sich lange geschmeidig und selbst die sich gegen Abend bildenden Bröckelchen erzeugen keine Beschwerde; am Morgen werden die Füsse abgewaschen und von Neuem bestrichen. Auch gegen Pityriasis und die rauhe, rissige Trockenheit der Haut des Gesichts und der Hände ist das zeitweilige dünnflüssigere Einthonen zu empfehlen. Die Haut wird dadurch geschmeidig, weich und glatt und somit wäre nach Schr. die Thonerde zugleich das unschuldigste und wirksamste kosmetische Mittel.

Mittel zur Verbesserung des unangenehmen Geschmacks des Leberthrans; von Jeannet. (Journ. de med. de Bordeaux, Sept. 1860. — Med. Centr. Ztg., Jänner 1861).

Die Verbesserung des unangenehmen Geschmackes, welche den Leberthran zu einem für viele Patienten so widrigen Medikamente macht, hat schon zu vielfachen, aber meistens verunglückten Versuchen Anlass gegeben. In neuester Zeit haben einige französische Pharmaceuten sich wiederum bemüht, dieses Problem dadurch zu lösen, dass sie den Leberthran mit Bittermandelgeruch imprägnirten, welcher allerdings den specifischen Fischgeruch des Thranes verdeckt oder zerstört. Wenn aber hierzu das Ol. Amygdalarum amararum oder das Nitrobenzin, also zwei direkt giftige Substanzen, verwendet werden, wie diess z. B. in den sogenannten „Huile cyanhydrée" von Sauvan oder dem „Huile de foie de morue sans saveur ni odeur" von Chevrier der Fall ist, so muss man sich auf das Bestimmteste gegen eine derartige Präparation erklären. Weniger bedenklich scheint das Verfahren von Jeannet, welcher den Leberthran mit einer geringen Quantität Aqua Laurocerasi durchschüttelt; das letztere senkt sich vom Thran ab und hat seinen frühern Geruch fast in seiner vollen Intensität beibehalten, so dass es mithin entweder nur ein Minimum von Blausäure an das Ol. jecoris abgegeben, oder vielleicht lediglich durch den Kontakt umwandelnd auf das Propylamin des Thranes eingewirkt hat; jedenfalls verliert der letztere durch dieses Verfahren seinen Geruch und lässt sich leicht nehmen; ob er dabei auch etwas von seiner Wirksamkeit einbüsse, darüber muss erst die Erfahrung entscheiden.

Haemoptysis in Folge des Gebrauches von Sulfas Chinini; von Dr. Simon in Rouchamp. (Gazette des Hôpitaux Nro. 8. 1861.)

V. hat unter 3000 mit Chininum Sulf. behandelten Intermittenskranken, 3 Fälle beobachtet, wo, in Folge der Anwendung des gedachten Mittels *bei vollkommen normalem Zustande der Respirationsorgane und des Herzens* sich Blutspeien einstellten, und einen vierten ähnlichen Fall beim Gebrauche des Chinins gegen Gelenkrheumatismus.

Ein 38jähriger, kräftig gebauter, an Intermittens quoditiana erkrankter Bergwerker bemerkte, nachdem er 5 Tage nacheinander, zusammen 2.50 Grammes (ungefähr 30 Gran) Chinin. Sulf. genommen hatte, in seinem ohne Anstrengung herausgeförderten Sputis kleine Mengen mit schaumigem Speichel gemischten Blutes. Da die Fieberanfälle bereits ausgeblieben waren, wurde die Arznei weggelassen, und des andern Morgens war in seinen Sputis keine Spur von Blut mehr. Als jedoch nach 14 Tagen wegen Wiederkehr des Fiebers, wieder bis 0,20 Gram. Chinin. Sulf. gegeben worden war, stellte sich die Haemoptysis wieder ein, und verlor sich wieder kurze Zeit, nachdem das Mittel weggeblieben war.

2. Bei einem an Intermittens tertiana leidenden Arbeiter, der erst nach dem Fieberanfalle, nachdem schon die Milz das Zweifache ihres Normalvolums erreicht hatte, ärztliche Hilfe suchte, stellte sich eine ähnliche Haemoptysis ein, nachdem Patient 5 Tage nacheinander Pulver von 0.60 Grammes Chinin. Sulf. in schwarzem Kaffee genommen hatte, hörte jene mit dem Wegbleiben des Medikaments wieder auf, kehrte nach 11 Tagen wieder, nachdem der Patient wegen zurückgebliebener Vergrösserung und Schmerzhaftigkeit der Milz, 3 Tage nacheinander 0.50 Grammes Chinin.Sulf. pr. die genommen hatte, dauerte noch am folgenden Tage, da das Chinin. noch genommen wurde, fort, so dass S. endlich, mit Beseitigung des Chinins, zum Jodeisen seine Zuflucht nehmen musste, welches auch in Kurzem, ohne jene unangenehme Nebenwirkung zum gewünschten Ziele führte.

3. Auch von sich selbst gibt Dr. S. an, jedes Mal, wenn er 0,30 bis 0,40 Grammes (5—6 Gran) Sulf. Chinini genommen, unter einem Gefühl von Völle in der Herzgegend kleine Quantitäten schaumigen Blutes in seinen ohne Anstrengung zu Tage geförderten Sputis bemerkt zu haben, welche Erscheinung den Gebrauch des Chinins auch nur kurze Zeit überdauert habe.

4. Bei einem an Gelenkrheumatismus Erkrankten brachte der Gebrauch von 1.60 Gramm. Chin. Sulf. pro die bald Ohrensausen hervor, und nach 4 Tagen warf er eine bedeutende Menge fast reinen Blutes aus, während in der rheumatischen Erkrankung wesentliche Besserung eintrat. Patient beseitigte das Medikament und am Abend hatte das Blutauswerfen aufgehört, (stellte sich aber nach 2 Tagen durch den abermaligen Gebrauch des Chin. Sulf. wieder ein, und verlor sich, wenn dies weggelassen wurde.

Verf. selbst führt die obigen Fälle als exceptionelle an, und meint, dass solche den Gebrauch des schwefels. Chinins nicht beschränken dürfen, eine Ansicht, der wir vollkommen beipflichten. *)

---

*) Dr. Gassant, Chefarzt eines Militärspitals in Algier bezweifelt (Gaz. des hôpit. 23. Febr. 1861) die Genauigkeit der Angaben von Dr. Simon, da er (G.) in Tausenden von Fällen, wo er das schwefels. Chinin in ungewöhnlich grossen Gaben (15—25 Gran täglich), die durch die Heftigkeit der daselbst hausenden Fieber angezeigt waren, anwandte, nie ähnliche unangenehme Zufälle von Haemoptysis beobachtete und meint, dass dieselben in den angeführten Fällen durch endemische Einflüsse oder vielleicht durch eine momentane Congestion, in Folge des Fiebers, bedingt waren. *Die Redaktion.*

Bemerkungen über einen Fall von Vergiftung durch die Burnett'sche Chlorzinklösung; von Wright. (The Lancet Nr. 2. 1861.)

Der Fall betrifft ein 7jähriges Mädchen, das sich in der Rekonvalescenz von einem überstandenen Scharlach befand und dem dann aus Versehen etwa 1½ Drachmen Burnett'sche Chlorzinklösung gereicht wurde. Die Erscheinungen, die nun auftraten, waren dieselben, wie sie bei ätzenden Giften dieser Art bekannt sind. Warmes Wasser, Eiweiss und schleimige Substanzen wurden dem Kinde gereicht, das sich allmälig erholte und durch zehn Tage in dem befriedigendsten Zustand sich befand, als am zehnten Tage plötzlich ein heftiges Würgen und Erbrechen schwarzer Blutmengen erfolgte. Von dieser Zeit an nahm das Kind täglich mehr ab, es gelang nur nach beharrlichem Zureden, dass man es bewog, etwas Nahrung zu sich zu nehmen, die es aber immer wieder nach einer oder 1½ Stunden erbrach, so dass die Kleine am 26. Juli das Bild der jammervollsten Exhaustion darbot. An dem benannten Tage verordnete W. dem Kinde ein Milchbad, dessen Wirkung eine sehr erfreuliche war, indem der heftige Durst sich legte, und nach dem Bad ein langentbehrter, erquickender Schlaf eintrat. Die Behandlung, die nun W. einleitete, war, dass er Morgens und Abends ein Milchbad, in dem das Mädchen beiläufig eine halbe Stunde zubrachte, und während des Tages eine Schleim-Suppe verordnete. Von dieser Zeit an erholte sich das Kind allmälig; durch zehn Wochen genoss es nichts als Suppe oder breiige Substanzen, als eines Tages die Wärterin dem Drängen des Kindes nicht widerstehend, demselben eine schwerverdauliche Substanz reichte, worauf eine Rezidive des alten Zustandes eintrat. Absolute Ruhe und ein auf den blossen Genuss von Eselsmilch restringirte Ernährung führte wieder Besserung herbei; endlich konnte man schon Fleischbrühe, Eier dem Kinde gewähren, das als Medikament blos eine schwache Quecksilberlösung und kleine Dosen von Morphin erhielt. Dank einer strengen Aufsicht trat kein Rückfall mehr ein, und das Kind befand sich nach mehreren Wochen im besten Wohlsein. W. knüpft an diesen Fall folgende Bemerkungen:

1. In der grossen Mehrzahl der bekannt gewordenen Fälle von Vergiftung durch die benannte Substanz war diese eine unwillkürliche in Folge von Verwechslung mit anderen Substanzen, wie Spiritus etc., welche durch die Farb- und Geruchlosigkeit des Giftes so sehr ermöglicht ist. Dazu kommt noch, dass die Flaschen, in denen das Gift dispensirt wird, und die demselben beigefügten Aufschriften durch nichts die Aufmerksamkeit auf sich ziehen.

2. Hervorzuheben ist der glückliche Ausgang dieser so ernsten Vergiftung; ferner dass während des ganzen Verlaufes kein Zeichen von Reizung des Cerebro-Spinalsystems eintrat, die doch in so zahlreichen Fällen von Experimenten beobachtet wurde. Es hängt dies nach Verf. von dem Grade der Absorption ab, die, wenn, wie im vorliegenden Falle, der Magen leer ist, nur gering sein kann, indem die unmittelbare Berührung des Giftes mit der Schleimhautoberfläche, diese in der Weise alterirt wird, das Erbrechen und hiemit Entleerung des Giftes eintritt. Das nun folgende Leiden ist blos die Folge örtlicher Zerstörung. Sind aber im Magen Speisen vorhanden, so wird das Medikament fein vertheilt, gemengt, und kann so besser in den Organismus eindringen.

3. Als Antidot ist am besten ein kohlensaures Alkali in Ueberschuss zu reichen, (am geeignetsten hiezu ist Soda, indem diese überall leicht zu haben ist) da das Chlorzink durch dasselbe zersetzt wird.

4. Der ausgezeichnete Frfolg der Milchbäder ist hier auffallend und den Aerzten ihrer Berücksichtigung dringend zu empfehlen, da Verfasser in anderen zwei Fällen von Exhaustion durch hartnäckiges Erbrechen bei Kindern gleich glücklich in der Anwendung derselben war.

5. In gleicher Weise muss der wohlthuende Einfluss der Eselsmilch auf das Erbrechen erwähnt werden.

6. Es bleibt ein Punkt von höchster Wichtigkeit für die erwünschte Heilung, dass man den Magen auf keine Weise in Anspruch nehme und selbst die Medikamente in der am leichtesten zu ertragenden Form verabreiche.

Ueber die Gefährlichkeit der grünen Farbe bei künstlichen Blumen etc.; von Dr. Hassal. (The Lancet. Dezember 1860.)

Verfasser theilt die diesfälligen Vergiftungssymptome in allgemeine und örtliche ein. Zu ersteren rechnet er die allgemeinen Ernährungsstörungen, Schwäche, Nervosität, Kopfschmerz, Durst, Trockenheitsgefühl, Appetitmangel und Diarrhöe; zu den letztern Schmerzhaftigkeit des Schlundes und Zahnfleisches, Oedem der Augenlider, Blennorrhoe der Nasenschleimhaut und weissfärbige Geschwüre auf der Hand, dem Gesichte und auf verschiedenen andern Körpertheilen; er führt dann aus seinen zahlreichen, hierauf bezüglichen Beobachtungen folgende zwei Fälle an:

1. Fall. F. H. 48 Jahre alt, hat sich seit zwei Jahren mit Farben von Mousselin derart beschäftigt, dass er das arsenigsaure Kupferoxyd auf den Mousselin staubte, ausser den oben geschilderten allgemeinen Erscheinungen zeigten sich schon binnen wenigen Tagen nach dem Beginne dieser Beschäftigung grünliche Pusteln auf Händen und Gesicht, die bald aufbrechende Geschwüre mit scharfen Rändern bildeten; dergleichen Geschwüre hatte er auch am Hodensacke. Zwei Monate, nachdem er diese Beschäftigung aufgegeben hatte, waren die Geschwüre gänzlich verschwunden und auch das Allgemeinleiden hatte sich verloren. Als er jedoch ein Jahr später wieder zu jener Beschäftigung zurückkehrte, kam auch sein Leiden wieder, nur mit dem Unterschiede, dass die Geschwüre gutartiger waren, welches noch davon herrührte, dass er, anstatt des Pulvers, nun eine Lösung von arsenigsaurem Kupferoxyd zum Färben angewendet hatte, wobei die mechanische Verunreinigung mit dem Gifte eher vermieden werden konnte.

2. Fall. R. G., 27 Jahre alt, seit 2 bis 3 Monaten mit Grünfärben beschäftigt, hatte auch schon nach wenigen Tagen derartiger Arbeit vermehrten Durst, belegte Zunge, unruhigen Schlaf, Appetitlosigkeit, starke Diarrhoen, Gefühl von Schwere auf der Brust, Athembeschwerden, des Morgens geschwollene Lider, Blennorrhoe der Nasenschleimhaut, Auflockerung des Zahnfleisches, 14 Tage später missfarbige Geschwüre an den verschiedenen Körpertheilen, welche Erscheinungen auch erst nach Aufgabe der bisherigen Beschäftigung gehoben werden konnten. Schliesslich erwähnt H., dass in derselben Fabrik noch andere 10 Individuen wegen ähnlichen Intoxicationserscheinungen ihren Beruf aufgeben mussten.

Zur Anwendung der Elektrizität; von Clemens, Adet de Roseville und M. Beau. (Gazette des Hôpitaux. Dezember 1860.)

Nachdem durch die Elektrizität bei der Behandlung der Krankkeiten jener Organe, welche der animalen Sphäre angehören, so überaus günstige Erfolge erzielt wurden, mehren sich in letzter Zeit auch die Fälle, wo man dieses Heilmittel bei Erkrankungen der Organe der ausschliesslich vegetativen Sphäre mit Nutzen in Anwendung zog.

So lobt Clemens (deutsche Klinik. 1860.) die gute Wirkung derselben bei hartnäckiger Stuhlverstopfung, indem durch die Elektrizität die Stärke und Geschwindigkeit der peristaltischen Darmbewegung gesteigert wird. Er setzt zu diesem Zwecke den positiven Pol an die Bauchwand in der Gegend der Valvula Bauhini, während der negative Pol gegen die Mitte des Colon descendens gerichtet ist. Am ersten Tage erleidet der Patient nur 5—6 elektrische Entladungen, aber die Dauer, so wie die Intensität derselben wird von Tag zu Tag gesteigert.

Dr. Adet de Roseville theilt einen Fall mit, wo die gestörte Milchsekretion durch den elektrischen Strom zum normalen Verhältniss zurückgeführt wurde. Der betreffende Fall war folgender:

Bei einer 25jährigen kräftigen Frau, die bereits das dritte Kind stillte, wurde in Folge einer schmerzhaften Abscessbildung an der rechten Brustseite die Absonderung in beiden Milchdrüsen bedeutend verringert. Das Kind wurde entwöhnt, konnte aber die künstliche Ernährung nicht vertragen; es litt an Erbrechen, und Durchfall und wäre bei Fortdauer dieser Digestionserscheinungen seinem Leiden wahrscheinlich erlegen. Um nun die naturgemässe Ernährung des Säuglings wieder zu ermöglichen, versuchte Verf. durch Reizung der Brustdrüse mittelst Elektrizität die Milchsekretion bei der Mutter wieder anzuregen. Er führte zu diesem Zwecke die feuchten Erreger im Kreise um die Basis der Brustdrüse herum, so dass der elektrische Strom sie in allen Richtungen durchdringen konnte, was nur geringe Schmerzen erregte; zwei Sitzungen, von je 10 Minuten Dauer, waren noch von keinem Erfolge begleitet, nach der dritten jedoch trat andauernd reichliche Milchsekretion ein.

M. Beau endlich versuchte die Faradisation bei einem Falle von entzündlichem Infarctus des Collum uteri, der sich durch Hypertrophie, schleimig eiterigen Ausfluss und Ulceration kundgab. Die Kranke wurde auf einen Sessel zur Vaginal-Inspektion gesetzt, ein Speculum bis zum Collum uteri eingeführt, dieses sodann mittelst eines Charpiepinsels gereinigt und hierauf der eine Pol an den Gebärmutterhals, der andere an die Bauchwand in der Regio hypogastrica gebracht. Die Patientin wurde nun an jedem zweiten Tage durch 5 Minuten der Einwirkung der Elektrizität, welche bei dieser Anwendung mitunter heftige Schmerzen erregen soll, ausgesetzt. Als die Faradisation dieser Kranken in Vorschlag gebracht wurde, war sie schon wegen ihrer Ulceration am Collum uteri vom Juli bis

Ende September 1860 erfolglos mit Nitr. argent. behandelt worden, und schon nach der ersten Sitzung sollen die Beckenschmerzen gewichen sein, über welche die Patientin seit längerer Zeit klagte und nach zwei Monaten war bereits das Geschwür vernarbt, die Hypertrophie geschwunden, der Ausfluss auf ein Minimum reduzirt und die sekundär alterirten gastrischen Funktionen zur Norm zurückgekehrt. Beau gibt zu, dass nicht immer bei ähnlichem Uebel gleich glänzende Resultate durch die Faradisation gewonnen werden, glaubt daher auch nicht, dass dieselbe die bei dem geschilderten Leiden gebräuchliche Kauterisation werde verdrängen können, hält es aber für angezeigt, besonders in solchen Fällen, wo die Aetzung im Stiche lässt, die Elektrizität zu versuchen.

Ueber die Wirkung der Bäder; von Prof. Ludwig in Wien (Zeitschrift der W. med. Fakultät, Nr. 5, 6 1860).

Der vortrefflichen physiologischen Skizze des Verfassers entnehmen wir folgende für die Praxis nicht unwichtige Bemerkungen.

Alle Bäder, gleichgiltig, ob sie Arzneistoffe enthalten oder davon frei sind, wirken zunächst durch ihre Temperatur, ihre Fähigkeit oder Unfähigkeit, Wasser zu verdunsten, und durch den Druck oder die Bewegung, welche sie dem Körper mittheilen. — Da die Schweissabsonderung in inniger Beziehung steht zur Temperatur der Haut oder zur Temperatur des Blutes, dem Querschnitt und der Geschwindigkeit des Blutstromes durch die Haut, und dem Wärmeverlust durch die letztere, so muss der Aufenthalt in einer *hochtemperirten, mit Wasser gesättigten Luft* die Schweissabsonderung am meisten anregen, denn dadurch ist der von der Verdunstung abhängige Wärmeverlust auf der Haut vollkommen unterdrückt, derjenige von der Lunge um so mehr gemindert, je näher die Temperatur der mit Wasser gesättigten Einathmungsluft der Blutwärme steht. Dazu kommt, dass in warmer Luft die Gefässmuskeln erschlaffen, und das Strombett des Blutes sich erweitert. — Dem Dunstbade zunächst steht die *Einwicklung des ganzen Körpers in nasse Tücher,* worauf derselbe von dicken Lagen schlechter Wärmeleiter umgeben wird. Das nasse Leintuch nimmt bald die Temperatur des Blutes an, und verhindert nun gleichfalls den Wärmeverlust von der Haut; doch ist hier die Abkühlung von Seite der Lunge selbst in grösserem Masse noch fortbestehend. — Zur Schweissbildung ist aber eine überschüssige Menge jenes Wassers nöthig, welches die organischen Gewebe abgeben können, ohne eine chemische Veränderung zu erleiden; mit dem Verbrauche desselben muss die Schweissbildung erlöschen, und selbst bei beständiger Wasserzufuhr müsste sie endlich versiegen, da die Schweissdrüsen zu jenen Organen gehören, welche durch fortgesetzte Thätigkeit allmälig ihre Fähigkeit zur Absonderung erschöpfen. Daraus geht hervor, dass die Schwitzbäder im Beginn ihrer Wirkung mehr Schweiss erzeugen, als einige Zeit nachher. — Im Gegensatze zu den Dunstbädern und nassen Einwicklungen stehen *Bäder im kalten*

Wasser, oder in trockener bewegter Luft, deren Temperatur um 15 — 20° niedriger als die des Blutes ist. — Die grösste Verdunstung findet dann statt, wenn der thierische Körper in trockener, warmer, bewegter Luft eingeschlossen ist; doch nimmt mit der Dauer des Aufenthaltes die Geschwindigkeit der Abdunstung ab, weil die Durchfeuchtung der Haut und die Temperatur des Blutes in Folge der Verdunstung sinkt, vielleicht auch das Wasser wegen Zunahme der festen Bestandtheile langsamer verdampft. Der Wärmeverlust der Haut erreicht sein Maximum, wenn die Haut befeuchtet und hierauf durch einen wasserfreien Luftstrom getrocknet wird, wie beim *warmen Regenbade;* denn hier ist die Verdunstung, welcher der Wärmeverlust parallel geht, am intensivsten. Der Wärmeverlust durch Strahlung lässt sich nicht bestimmen; durch Leitung verliert der Körper im Luftbade weniger Wärme als im Wasserbade, weil die Luft ein schlechterer Leiter ist. In beiden Medien wird jedoch die Verdunstung durch ihre leichte Beweglichkeit begünstigt. Die Ausgabe an Wärme mindert sich um so mehr, je mehr die Haut sich abkühlt, daher muss die Verdunstung und der Wärmeverlust in demselben Medium verschieden sein, je nachdem die Haut vorher künstlich erwärmt oder abgekühlt wurde. Darin liegt der Werth bei dem Gebrauche jener Bäder, wo ein rascher Wechsel der Temperatur stattfindet. Wenn die Temperatur des Bades unter jene des menschlichen Körpers sinkt, findet bis zu einer gewissen Gränze eine Verkürzung, über diese hinaus eine Erschlaffung der in der Haut gelegenen Muskeln statt, wodurch gleichzeitig die Schnelligkeit und Breite des Blutstromes, daher auch die Ernährung modifizirt wird. Das Bad erscheint desshalb als geeignetes Mittel, um je nach seiner Temperatur die Muskelkontraktionen zu lösen, die Erregbarkeit der Muskeln zu erhöhen oder herabzusetzen. Die Erregbarkeit der sensibeln Nerven der Haut ändert sich im Bade mit denselben Umständen, wie die der Muskeln, und wenn auch die unmittelbare Erregung eine unbedeutende zu sein scheint, so ist sie doch eine anhaltende und wichtige, da alle nach Zeit und Ort getrennten Erregungen aller einzelnen Nerven sich im Gehirn und Rückenmarke summiren. Im Allgemeinen wird durch das kalte Bad die Erregbarkeit der sensiblen Nerven erniedrigt, durch das warme erhöht. — Einzelne Arten der Bäder, wie Sturzbäder, wirken endlich als mechanischer Reiz. — Was nun die Rückwirkung der einzeln hervorgehobenen Badeeffekte auf den Gesammtorganismus anbelangt, so wird in allen jenen Fällen, wo durch das Bad eine Verengerung der Hautgefässe erzielt, und gleichzeitig die Thätigkeit der Lunge und des Herzens erhöht wird, das arterielle Gefässsystem einen höheren Druck erleiden und mit Blutkörperchen vorwiegend überfüllt werden; wo dagegen die Respiration und Circulation verlangsamt werden, wird bei sonst gleichen Bedingungen eine Ueberfüllung des venösen Systems Platz greifen. Die gerade entgegengesetzten Verhältnisse werden stattfinden, wenn durch das Bad die Hautgefässe erweitert werden. Die so bedingten verschiedenen Strömungs-

verhältnisse des Blutes gehen nun wahrscheinlich parallel mit einer grösseren oder geringeren Oxydationsfähigkeit. Durch eine ergiebige Schweissbildung wird die Harnausscheidung beschränkt, ein Theil der organischen Bestandtheile, welche mit dem Harne abgehen sollten, zurückbehalten, und dadurch der Chemismus des Organismus modifizirt. Einen wesentlich verschiedenen Effekt für den Organismus muss es haben, ob die Wasserausfuhr durch Verdunstung oder durch den Schweiss geschieht, da letzterer gleichzeitig eine Menge organischer und anorganischer Stoffe mit ausführt. Durch gehinderten Wärmeverlust auf der Haut wird die Blutwärme gesteigert und umgekehrt. Im ersteren Falle wird als weitere Folge durch Anregung der Circulation eine raschere Umsetzung möglich sein, im letzteren dieselbe verlangsamt werden. Dass die Erregung der sensiblen Hautnerven auf die Centralorgane zurückwirken könne, ist unbestreitbar, doch nicht zu erweisen. Deutlicher ist die Einwirkung des Bades auf die Hautmuskeln, und es ist bekannt, dass anhaltender Gebrauch warmer Bäder die Empfindlichkeit gegen atmosphärische Temperaturänderung steigert, während das kalte Bad dieselbe herabsetzt, so dass im Bade das beste Mittel liegt, die Haut so zu kultiviren, um den äusseren Temperatureinwirkungen innerhalb gewisser Gränzen Widerstand leisten zu können.

II. Interne Medizin.

Ein Fall von Katalepsie nebst Bemerkungen über diese Krankheitsform; von Dr. Fr. Mosler in Giessen. (Virchow's Archiv, 20. Band, 1. und 2. Heft. 1861.)

Der folgende, von M. auf der mediz. Klinik in Giessen beobachtete Fall gehört unstreitig zu den seltensten und interessantesten in der mediz. Literatur, wesshalb wir ihn auch etwas ausführlicher wiedergeben.

Der Fall betrifft einen 54 Jahre alten Scribenten aus Giessen. Er gibt an, in seiner Jugend alle Kinderkrankheiten, doch immer mit gutem Verlaufe, trotzdem er ein sehr schwächliches Kind war, überstanden zu haben. Vom 10.—14. Jahre litt er an den Augen, theilweise vielleicht in Folge zu fleissigen Schreibens. Er musste sich nämlich schon frühe damit sein Brod verdienen; dessgleichen so lange er im Gymnasium war, und auch später während eines Jahres auf der Universität. Aus Armuth gab er das Studium der Jurisprudenz auf und wurde Scribent an einem Untergerichte. Er fristete sein Leben dabei ohne Sorgen, hatte einen guten Tisch im Hause des Prinzipales. Er hatte sich mit Ruhe in sein Schicksal ergeben; es ging ihm ein gewisser Frohsinn des Lebens nicht ab. Wie er selbst angiebt, hatte er jedoch ein sehr reizbares Temperament, und war mit reicher Phantasie begabt, welche ihn zeitweise in sentimentale Stimmungen versetzte.

Trotzdem er immer schwächlich und kränklich aussah, war seine Gesundheit in früheren Jahren im Ganzen gut. Er überstand 3 Lungenentzündungen, die erste im 15., die zweite im 20. und die dritte im 41. Jahre. Nach der letzten war er häufig von Brustkatarrhen heimgesucht, wobei er mitunter blutigen Auswurf hatte. Im Jahre 1858 hatte er einen stärkeren Anfall von Haemoptoë und wurde desshalb am 4. Mai in die medizinische Klinik

des Herrn Professor Seitz aufgenommen. Das später noch genauer zu bezeichnende Brustleiden war damals noch nicht weit vorgeschritten; ausser mässiger Dämpfung rechts vorn oben und Tiefstand der Leber ergab die physikalische Untersuchung kein abnormes Resultat. Der Bronchialkatarrh war mässig. Kolliquationssymptome fehlten. Sehr auffallend war der langsame und schwache Puls, der während der Bettruhe des Patienten 48—52 Schläge machte. Im Beginn des Winters 1858/59 steigerte sich der Brustkatarrh; dazu kamen Verdauungsstörungen und merkliche Abnahme der Kräfte. Ohne dass eine besondere Gelegenheitsursache aufzufinden war, gesellten sich im Jänner 1859 Anfälle von Starrsucht hinzu, die anfangs in 8 Tagen, später in 3 Tagen wiederkehrten, und sich von Juli an so sehr steigerten, dass manchmal 3 Anfälle am Tage beobachtet wurden.

Der Status praesens vom 10. Dezember 1859 war folgender:

Mittlere Körpergrösse, dunkelblonde, theilweise ergraute Haare, blaue Iris, bleiche Gesichtsfarbe, bedeutende Abmagerung, matte Stimme, grosse Schwäche; der Gesichtssinn leidet in Folge deutlich entwickelter Cartarakte beider Augen; das Gehör ist gleichfalls seit 1½ Jahren schwächer geworden; im linken Ohre hört er deutlich den Pulsschlag. Störungen von Seite der sensiblen Sphäre des Nervensystemes sind keine aufzufinden; er fühlt noch die geringsten Eindrücke an den Extremitäten; mitunter wird er von Wadenkrämpfen befallen. Schlaf wenig, nur von 9—1 Uhr Nachts, und alsdann von Husten unterbrochen, oder durch Träume gestört. Gemüthsstimmung meist sehr gedrückt, mitunter wechseln Zustände der Verzweiflung, des Lebensüberdrusses mit freudiger Erregtheit und Reizbarkeit.

Perkussion: In der rechten Infraklavikulargegend deutliche Dämpfung. Die rechte Lunge ragt bis unter die 7. Rippe nach abwärts. Leber und Milz nicht vergrössert. Hinten rechts oben bis in die Mitte der Skapula nach abwärts ragende Dämpfung.

Auskultation: Rechts vorn oben weiches Inspirium, und weit verbreitetes, deutlich bronchiales Exspirium; feuchte Rasselgeräusche, denen zeitweise, besonders nach dem Husten, klingende sich beimengen. Rechts hinten oben starkes bronchiales In- und Exspirium, weit verbreitete Rasselgeräusche, die oben deutlich klingen. Nach abwärts verschärftes Athmen. Links hinten oben feuchte Rasselgeräusche; verschärftes Athmen. — Venengeräusche. Herztöne normal. Seit einigen Tagen in Folge der veränderten Witterung das Brustleiden sehr verschlimmert; der Husten, die Beengung auf der Brust gesteigert; abendliches Fieber; vor zwei Tagen ein Schüttelfrost Abends. Morgens 10 Uhr: Pulsfr. 64 Schläge. Athemfr. 26. T.-A. 37,1° C. Abends 6 Uhr: Pulsfr. 80 Schläge. Athemfr. 40. T.-A. 39,2°C. Appetit sehr schlecht. Stuhlentleerung retardirt. Urin sparsam, roth, mit reichlichem harnsaurem Sediment. Geringe Spuren von Eiweiss.

Seit Steigerung der Brustbeschwerden vor 5 Tagen haben die Anfälle von Katalepsie pausirt, während vorher beinahe täglich 1—3 Anfälle zur Beobachtung gekommen waren. Der erste Anfall kehrte wieder am 10. Dezember und M., der Gelegenheit hatte, denselben vom Anfang bis zu Ende zu sehen, beschreibt ihn, wie folgt: Er begann in der Art, dass Patient 1—2 Minuten vorher eigenthümliche Beengung der Brust fühlte, die ihn mahnte, sein Bett aufzusuchen. Dann that es ihm mit einem Male einen Stoss durch den Körper, wonach er, an allen Muskeln steif, völlig ausgestreckt dalag, so dass der ganze Körper an einem Beine oder an einem Arme aufgehoben werden konnte. Die Finger waren stark gebeugt, die Daumen eingeschlagen, selbst mit grosser Gewalt kaum zu öffnen. Ueberhaupt war die Starrheit der Extremitäten so mächtig entwickelt, dass es M. für's Erste nicht gelang, den Vorderarm zu beugen (welcher Umstand bei gleichzeitiger Berücksichtigung der hochgradigen Schwäche des Patienten ein Haupteinwand gegen den Vorwurf der Simulation sein dürfte). Die Halsmuskeln waren nicht so gespannt, wie die der Extremitäten, wesshalb es leichter gelang, den Kopf zu drehen. Der Gesichtsausdruck war der eines Todten; der Mund geschlossen, der Unterkiefer stark an den Oberkiefer gezogen, nicht beweglich; die Augen halb offen; die Pupillen reagirten auf einfallendes Licht, ebenso wie die Conjunctiva palpebrarum auf mechanische Reize. Einblasen von Zigarrendampf, sowie starke Berührung der Conjunctiva mit einer Federmesserspitze bewirkten anfangs

Blinzeln, später Schliessen der Lider. Die Nasenschleimhaut wurde heftig gereizt; es kam dadurch kein Niessen. Die Haut der Hände und Füsse wurde stark mit einer Federmesserspitze geritzt; es wurden die Glieder nicht weggezogen, kein Zeichen des Schmerzes beobachtet. Nach dem Anfalle erzählte Patient, dass ihm die Stiche sehr geschmerzt, dass es ein sehr beängstigendes Gefühl gewesen, den Angriffen nicht ausweichen zu können. Es wurden in späteren Anfällen die verschiedensten Hautstellen auf ihre Sensibilität von M. geprüft, und der Kranke erzählte jedes Mal, dass er an allen Stellen die Eindrücke empfunden habe. Ausser dem Gefühlssinne fungirten auch die übrigen Sinne während des Anfalles in gleicher Weise. Er sah alles, was um ihn vorging, konnte vorgehaltene Finger zählen, und nach dem Anfalle die richtige Zahl angeben. Ebenso hörte er alle Worte, die um ihn gesprochen wurden, und konnte später darüber berichten. Versuche, ihn durch harte Drohungen, durch lautes plötzliches Anschreien aufzuschrecken, waren erfolglos; in ergreifender Weise schilderte er nachher die Beängstigung, die er bei solchen Versuchen empfunden; oft komme ihm dabei der schreckliche Gedanke, dass er nicht mehr zum Leben zurückkehren werde.

Während die früheren Anfälle meist durch starkes Aufschütteln des Patienten unterbrochen worden waren, wartete M. dieses Mal das Ende ab, und es dauerte bis dahin 20 Minuten. Besonders hervorzuheben findet M., dass *gegen Ende des Anfalles die Starrheit der Glieder nicht nachliess.* Ohne dass besondere Symptome vorübergingen, holte der Kranke tief Athem, hustete mehrere Male, setzte sich dann im Bette auf, und es dauerte kaum ½ Minute, bis er wieder Antwort geben konnte. Dann war er meist im Stande, im Zimmer herum zu gehen und gewohnte Beschäftigungen zu verrichten. Die eben erwähnten Versuche, welche M. während dieses Anfalles an dem Patienten vornahm, hat er bei späteren Anfällen häufig wiederholt.

11. Dezember, Morgens 9 Uhr: Puls 60. Athemfr. 28. T.-A. 37,5°. Schlaf in letzter Nacht sehr unruhig, vielfach von Husten und unangenehmen Träumen unterbrochen, Morgens 11¼ Uhr kam ein neuer kataleptischer Anfall, ohne dass sich eine andere Veranlassung dafür auffinden liess, als dass Patient durch eine längere Untersuchung seiner Brustorgane von Seiten des klinischen Praktikanten sehr aufgeregt worden war. Der Anfall dauerte nur 12 Minuten und hörte dann mit einem starken Hustenanfall von selbst auf. Darnach war der Kranke sehr matt, blieb im Bette liegen und schlief 2 Stunden.

12. Dezember. Heute um 9¼ Uhr ein Anfall, der nur 10 Minuten währte. Mehre Versuche, durch Hautreize, Brennen und Stechen, durch starke Riechmittel, durch lautes Rufen den Anfall zu unterbrechen, waren ohne Erfolg. Es gelang diess erst durch längeres gewaltsames Aufrütteln des Patienten. Der Puls zählte eine Stunde vor dem Anfalle 64 Schläge; die Athemfr. 32; T.-A. 37,5° C.; während des Anfalles war die Pulsfrequenz gleichfalls 64; dagegen war die Pulswelle sehr schwach, der Herzimpuls kaum zu fühlen; die Herztöne deutlich, nur schwächer als gewöhnlich. Athemfrequenz 30. Das Athmen geschah sehr leise. Beim Anlegen des Ohres an die Brust konnte man schwache Athemgeräusche hören. Temperatur nicht erhöht. Urin von 24 Stunden 456 Ccm. Spec. Gew. 1024. Reaktion sauer. Farbe V—VI der Vogel'schen Farbenscala.

13. und 14. Dezember. Kein Anfall.

15. Dezember. Mittags zwischen 3 und 4 Uhr ein Anfall, der etwa schon 20 Minuten gedauert, als er in der oben beschriebenen Weise unterbrochen wurde. *Die Untersuchung des bald darauf entleerten Urines ergab kein auffallendes Resultat; es waren weder grössere Mengen von Eiweiss, noch von Zucker darin aufzufinden.*

16. Dezember. Die Verdauung in hohem Grade gestört, so dass Patient fast nur Flüssigkeiten geniessen konnte. Die Thätigkeit der Haut lag ausserdem sehr darnieder, so dass auf diesem die überschüssige Flüssigkeit nicht nach Aussen entleert werden konnte. Dagegen wurde in den nächsten Tagen Oedem der Füsse, das weiter nach aufwärts stieg, später Hydrops ascites und Hydrothorax beobachtet.

18. Dezember. Nach heftigem Aerger Abends 6 Uhr ein Anfall von 5 Minuten Dauer.

19. Dezember. Steigende Dyspnoe. Rasselgeräusche über die ganze Brust verbreitet, an der rechten Lungenspitze in weiter Ausdehnung klingend. Auswurf stockt. Urin: 403 Ccm. Spec. Gew.: 1019. Reaktion sauer. Reichliches Sediment von harnsauren Salzen; zum ersten Male eine beträchtlichere Eiweissschicht. Kein Anfall.

20. Dezember. Geringe Menge Blut im Sputum. Hochgradige Dyspnoe. Rechts hinten unten beginnender Hydrothorax. Urin: Sehr deutliche Eiweissschicht. Fibrincylinder. Nachmittags 4 Uhr ein Anfall, der nur kurze Zeit dauerte, indem er wieder unterbrochen wurde.

22. Dezember. Das Befinden hat sich entschieden verschlimmert. Abends ein Anfall von hochgradiger Dyspnoe mit Bewusstlosigkeit, wesshalb Moschus mit Sulphur. aurat. Liquor Hoffmanni, Ableitungen nöthig wurden.

24. Dezember. Puls 48. Athemfr. 28. Oedem der Füsse, ebenso der Hydrothorax und Ascites in der Zunahme begriffen. Hochgradige Dyspnoe. Schlaflosigkeit. Trockene Zunge Geringer Appetit. Stuhl angehalten.

25. Dezember. Mittags 1 Uhr der letzte kataleptische Anfall, der 10 Miten dauerte. Die Brusterscheinungen nehmen zu.

27. Dezember. Rasselgeräusche über die ganze Brust verbreitet, die Anfälle von Dyspnoe wiederholen sich öfters. Verfall der Kräfte; profuse Diarrhoeen. Excitantien häufiger angewandt.

28. Dezember. Puls 120 Schläge, sehr klein. Athemfr. 40—50. Kalte Extremitäten. Schweisse. Reichliche Diarrhoeen. Urinsekretion stockt. Lungenödem. Nachts 11 Uhr Tod.

Aus dem Sektionsprotokolle wäre in Bezug auf die Katalepsie vielleicht hervorzuheben, dass sämmtliche Hirngefässe in ihren Wandungen verdickt waren, im übrigen war das Gehirn von weicher Consistenz, am Durchschnitt glänzend, das Mark rein weiss, die Rinde und die centralen grauen Partien blass röthlich. Das Ependyma der etwas erweiterten Ventrikel war derb, in den Gehirnhöhlen mehr als normale Quantitäten hell klaren Serums, Adergeflechte blass röthlich gefärbt. Was die Veränderungen in den übrigen Organen (Lungen und Nieren) betrifft, so lassen sich diese wohl kaum mit der Katalepsie in irgend einen Zusammenhang bringen.

Verfasser knüpft an diesen Fall folgende Bemerkungen:

1. Was *das Alter* der von Katalepsie Befallenen anlangt, so ist *kein Alter davon verschont.* Unter 30 Fällen, bei denen Freuler (in seiner Diss. de Catalepsia 1841) das Alter angegeben fand, fallen 3 in die Zeit der Pubertät, 24 in die Zeit von da bis zum 30. Jahre, 1 zwischen das 30. und 40, 2 zwischen das 40. und fünfzigste Jahr. *Nach dem fünfzigsten ist keiner erwähnt.*

2. *In Bezug auf das Geschlecht* kommen die meisten *bei den weiblichen* vor. (Nach Dreysig's Handwörterbuch der med. Klinik 1807 ist das Verhältniss 5:2. (Nach Freuler gehörten von 36 Fällen, 26 dem weiblichen, *nur 10 dem männlichen Geschlechte an.*)

3. Bezüglich *der Ursachen* des Leidens läst sich auch in diesem Falle *eine bestimmte psychische Anlage* annehmen, indem in der Anamnese zahlreiche Momente erwähnt sind, die für die spätere Entwicklung des Leidens wichtig erscheinen.

Ausserdem war *der dauernde Aufenthalt in der Klinik* unter Abschluss gewohnter Zerstreuung besonders geeignet, eine der hysterischen sehr ähnliche *Verstimmung des Gemüthes* herbeizuführen, der man einen hauptsächlich prädisponirenden Einfluss auf das Zustandekommen der Starrsucht zuschreibt. Dazu kommen noch die durch die fortschreitende Tuberkulose bedingte Anämie, die merk bar zunehmende Erschöpfung, das Sinken der Kräfte, dauernde Schlaflosigkeit, der geringe Erfolg der gegen das Brustleiden ange-

wandten Arzneimittel, welche Umstände insgesammt den sehr intelligenten Kranken in seiner Ansicht, dass er an einem unheilbaren Uebel leide, bestärken und zu Nervenleiden besonders geneigt machen mussten.

Nach den im Leben beobachteten Symptomen (dem retardirten Pulse z. B.), sowie besonders wegen gleichzeitigen Vorkommens von Lungentuberkulose hätte man allerdings die Gegenwart *einer Neubildung des Gehirns erwarten* dürfen. Doch waren insbesondere tuberkulöse Ablagerungen im Gehirne nicht aufzufinden. Ob die an den Hirnarterien wahrgenommenen Veränderungen von Einfluss gewesen, darüber wagt Verf. keine sichere Entscheidung.

4. Was *die kataleptischen Anfälle selbst* betrifft, so kündigten sich dieselben meist 1—2 Minuten durch eigenthümliche Gemüthsstimmung, durch Beengung der Brust an, wodurch der Patient jedes Mal zeitig genug ermahnt wurde, eine passende Lage auf seinem Bette zu suchen. Mit einem eigenthümlichen Stosse durch den Körper, wie bei einem Schrecken, begann der Anfall und verbreitete sich die Starre, wenn auch mit verschiedener Intensität, *beinahe über sämmtliche willkürliche Muskeln,* die sich sehr gespannt anfüllten und während des ganzen Anfalles nicht leicht nachgaben, vielmehr nur mit Anwendung grosser Gewalt in eine andere Lage zu bringen waren. Es fehlte auch gegen Ende des Anfalles die als *charakteristisches Zeichen angegebene wächserne Biegsamkeit der Glieder, die sog. Flexibilitas cerea,* wesshalb die von manchen Pathologen als *Catochus* bezeichnete Abart der Starrsucht angenommen werden dürfte. Sämmtliche *unwillkürliche* Muskeln schienen von der Katalepsie verschont.

Die *Respiration* und *Cirkulation* gingen ganz in dem früheren Rythmus, nur minder energisch, während des Anfalles vor sich. Die Eigenwärme war weder herabgesetzt noch gesteigert; theilweise vorhanden war die *Reflexthätigkeit,* wie die am Auge vorgenommenen Versuche zeigten.

Sensibilitätsstörungen waren nicht zu beobachten. Während des Anfalles ging auch das Hören, das Sehen und Fühlen vollkommen von Statten. Der Kranke war sich Alles um ihn Vorgehenden deutlich bewusst; allein zu seiner grossen Beängstigung war er völlig ausser Stande, darauf zu reagiren. Es hat somit dieser Fall auf's Neue mit Bestimmtheit dargethan, dass in der Katalepsie nicht sowohl die Leitungsfähigkeit der sensibelen Fasern beeinträchtigt ist, nicht einmal die Perzeptionsfähigkeit und die Vorarbeitung der Wahrnehmungen zu bewussten Vorstellungen, sondern dass hauptsächlich die Fähigkeit der Uebertragung von Erregungszuständen sensibeler Nerven auf motorische im Gehirn, wie im Rückenmark aufgehoben ist (Hasse). Sicherlich gehören aber die Fälle von Katalepsie zu den selteneren, in denen, wie in diesem Falle *das Bewusstsein ganz ungestört ist, und nur die Möglichkeit, die Willensintentionen durch motorische Innervation zur Aeusserung zu bringen, verloren gegangen ist.*

5. Nach 10—12 Minuten endeten die Anfälle mitunter von selbst, wenn der Kranke, vielleicht in Folge angehäuften Bronchial-Sekretes, zu starkem Husten gereizt wurde. Auch konnten die Anfälle willkürlich unterbrochen werden, wenn man den Kranken sehr heftig längere Zeit anhaltend am Thorax schüttelte, wonach stärkeres Husten entstand. Ausser einem zu verschiedenen Zeiten verschieden starken Schwächegefühl hinterliess der Anfall nicht die geringsten Spuren von Verwirrung, Schwindel etc.

Die Untersuchung des nach dem Anfalle entleerten Urines ergab weder auffallende Mengen von Zucker, noch von Eiweiss. In der Zwischenzeit waren keine Erscheinungen vorhanden, die von der Katalepsie abgeleitet werden konnten. Alle Symptome kamen auf Rechnung der Tuberkulose und der gleichzeitigen Anämie. Der Lebensüberdruss, die grosse Reizbarkeit der Nerven, die krankhafte Stimmung des Gemüthes waren schon lange vor Beginn der Katalepsie vom Verf. beobachtet worden.

6. Die Anzahl der Paroxysmen war sehr unbestimmt, von Gelegenheitsursachen, vorübergehender Aufregung, Aerger etc. abhängig. Eine typische Periodizität derselben war nicht vorhanden. Entsprechend der Steigerung der *Brustbeschwerden* wurden die *kataleptischen* Anfälle seltener, so dass sie 3 Tage vor dem Exitus lethalis ganz aufhörten.

7. Trotzdem die *wächserne Biegsamkeit der Glieder* gefehlt hat, sind die geschilderten Anfälle doch kaum mit *ähnlichen Krankheiten* (Syncope, Epilepsie etc.) zu verwechseln. Eher lässt sich an die Möglichkeit *von Simulation* denken. Doch sprechen viele Versuche, den möglichen Betrug zu entdecken, mit Bestimmtheit dagegen.

8. Da die Katalepsie ähnlich wie in andern Fällen auch hier nur als komplizirendes Leiden anzusehen war, so ergab sich hieraus die Prognose schon von selbst, und konnte der Fall unter den obwaltenden Verhältnissen für die Behandlung keine besondere Bereicherung gewähren, bemerkt sei nur, dass innerlich Chinin mit Morphium und nahrhafte Diät lange Zeit angwandt wurden. Den Anfall zu unterdrücken, war dem Kranken, trotzdem er den besten Willen dazu hatte, nicht möglich. Prophylaktische Massregeln konnten nicht angewandt werden. Dagegen verdient besonders hervorgehoben zu werden, dass es jedes Mal gelungen ist, die Anfälle in der oben geschilderten Weise zu unterbrechen, und dürfte dies vielleicht in vorkommenden Fällen Berücksichtigung verdienen.

Hemikranie mit epileptischen Anfällen, geheilt durch subkutane Morphiuminjektionen; von H. W. Boone. (Amer. med. Times. September 1860.)

Ein 31jähr. Irländer, früher immer gesund bis auf einen Schanker, den er vor 12 Jahren sich zugezogen hatte, ohne jedoch anscheinend secundär syphilitische Erscheinungen zu bekommen, wurde am 22. Juli 1860 im Brooklyn-Cityhospital aufgenommen. Er litt seit 16 Monate an heftigen

Schmerzen in der rechten Seite des Kopfes, besonders über den Schläfen, welche unausgesetzt anhielten, zuweilen aber sich zu einem fast unerträglichen Grade steigerten. Dann und wann, im Ganzen etwa 20mal, traten dabei leichte epileptische Anfälle ein. Bei der Aufnahme war der Stuhl etwas verstopft, Zunge rein, Appetit gut. Es wurden Abführmittel und Veratrinsalbe, und am 2. Tage Chinin. sulphur. (Gr. 8) dreimal täglich verordnet. Als diess Nichts half, wurde es am 5. Tage ausgesetzt und dafür Solut. Fowleri zu 8 Tropfen 3mal täglich gegeben und ein Haarseil in den Nacken gesetzt. Die Schmerzen dauerten aber unverändert fort und störten den Schlaf gänzlich. Es wurde daher am 9. Tage eine subkutane Injektion von 10 Tropfen einer Morphiumlösung (in 30 Theilen Wasser) in die rechte Schläfe gemacht. In der folgenden Nacht war der Schmerz geringer und der Schlaf besser. Am 10. Tage wurde diese Injektion des Abends wiederholt, und da Zeichen von Arsenvergiftung sich einstellten, die Solut. Fowleri ausgesetzt. Der Schlaf war diessmal weniger gut und es wurde daher am 12. Tage 15 Tropfen unter die Haut eingespritzt. Nach einem 6stünd. Schlafe fühlte sich der Kranke leichter, als seit einem Jahre. Die Injektionen wurden nun in Gaben von 10 Tropfen jeden Abend bis zum 20. Tage wiederholt und als der Schlaf ganz ungestört blieb, auch die Schmerzen nicht wiederkehrten, der Kranke am 24. Tage geheilt entlassen.

Zur Therapie des Tetanus:

1. Grosse Gaben von Opium und Chloroform-Inhalation als Mittel gegen den idiopatischen Tetanus; von Grisolle. (Gazette des Hôpitaux Nr. 17, 1861).

Ein Arbeiter, 34 Jahre alt, kam den 21. Januar in das Hotel-Dieu. Er gab an, vor einigen Tagen übermässig im Trunke gewesen zu sein, worauf er die Nacht unruhig verbrachte, des Morgens mit heftigen Kopfschmerzen aufstand, und eine schmerzhafte Beklommenheit der Brust empfand. Abends konnte er nicht mehr den Mund öffnen, da die beiden Kiefer fest aneinander gepresst waren. Am 17. zeigte sich krampfhafte Kontraktion der Heber des Unterkiefers, Steifheit im Nacken, Schmerz zwischen den Schultern, endlich wurden auch die Bauchwandungen straff und hart, von welcher Zeit an jede Esslust unsern Patienten verliess.

Die am 21. vorgenommene Untersuchung ergab folgenden Befund:

Der Kopf nach vorn geneigt, längs der ganzen Wirbelsäule heftige Schmerzen. Die Kontraktion der Muskeln ist anhaltend durch häufige Paroxysmen verstärkt; keine Kopfschmerzen, Bewusstsein intakt, Verstopfung, Puls 112.

Es wurden Chloroform-Inhalationen und Schröpfköpfe längs der Wirbelsäule angeordnet. Die Einathmung des Chloroforms hatte die ersten Tage den Erfolg, dass die tetanische Konvulsion unmittelbar darauf nachliess, sodann aber wieder mit wachsender Intensität zurückkehrte.

Während die ersten fünf Inhalationen ohne jeden Unfall vorgenommen wurden, geschah es bei der sechsten, dass der Puls plötzlich verschwand, der Patient nach 2 bis 3 ungenügenden Inspirationen kein Lebenszeichen mehr von sich gab. G. leitete sogleich die künstliche Respiration ein, worauf Patient wieder zu sich kam.

Von dieser Zeit an wurde das Chloroform beseitigt und dem Patienten dafür Opium (beiläufig $^2/_3$ gr. jede Stunde) verabreicht. Nachdem ungefähr 6 gr. Opium verbraucht waren, zeigte sich am nächsten Tage eine auffallende Besserung, die unter dieser Behandlung immer mehr zunahm, so dass die Steifheit des Nackens und Stammes nachliess, die Bewegung der unteren Extremitäten freier und die Aussprache deutlicher wurde. Nach vier Wochen war der Zustand ein derartig befriedigender, dass man auf vollständige Heilung rechnen konnte, die auch nach dem Gebrauch einiger Dampfbäder eintrat.

Verf. theilt sodann einen zweiten Fall mit, der von dem ersten in Nichts abweicht. Beide Krankengeschichten zeigen, dass das Chloroform nicht ohne Wirkung auf die tetanisch ergriffenen Muskeln bleibt, aber auch zugleich, dass diese Wirkung eine vorübergehende, mit der viel nachhaltigeren des Opiums gar nicht zu vergleichen ist, weshalb dieses stets ohne Verzug angewendet werden soll.

---

2. **Liquor kali carbonici gegen Tetanus;** von J. Reid (The Lancet Nr. 3, 1861).

Wir übergehen die Schilderung der Symptomengruppe, welche dem oben mitgetheilten Falle ganz analog verliefen und beschränken uns blos darauf aus der Krankengeschichte hervorzuheben, dass die, jede Hoffnung auf einen günstigen Ausgang herabstimmenden Erscheinungen auffallend schnell nach Verabfolgung von Liquor kali carbonici in Verbindung mit Kampher wichen, so dass in kürzester Zeit Genesung eintrat.

Verf. sucht die Gründe dieser Behandlung durch die Art und Weise der Wirkung des Liquor kali carbonici auf den Organismus auseinanderzusetzen:

Die Sektionen nach Tetanus liefern keinen Anhalspunkt um aus den organischen Veränderungen einen Schluss auf die Natur der Krankheit zu ziehen. Diese Veränderungen fehlen überhaupt, oder können, wenn sie vorhanden sind in keinen unmittelbaren Zusammenhang mit dem Tetanus gebracht werden. Dieser Mangel anatomischer Veränderungen führt Verf. auf den Schluss, dass das Wesen des Tetanus blos in einer Funktionsstörung des Nerven- und Muskelsystems bestehe. Die innige Verbindung von Kapillaren, Muskel- und Nervenfasern, macht es verständlich, dass eine Irritation der letztern so leicht von einer Kontraktion der Muskeln und einer Störung der Cirkulation der in denselben enthaltenen Gefässe gefolgt ist.

Obwohl der Grad, in welchem Muskel, Nerv und Blutgefäss am Tetanus betheiligt sind, nicht bekannt ist, so scheint es doch, dass die Steifheit im letzteren verschieden von der ist, die man bei andern krankhaften Kontraktionen beobachtet, dass sie mehr der Todtenstarre gleiche, *wo der Einfluss der Nerven auf die Muskulatur aufgehoben ist.* Wir beobachten aber im Tetanus ausser der Steifheit abwechselnde Kontraktionen, welche ohne Zweifel auf eine durch die Nervencentra geleiteten Reflexaktion beruhen. Das Liquor kali carbonici scheint nur auf diese detaillirten Zustände der verschiedenen Systeme zu wirken, indem es die Reizempfindlichkeit der Nervencentra herabstimmt, den übermässigen Tonus der Muskeln einer Relaxion ihrer Fasern weichen macht, und eine gleichmässige Vertheilung der gestauten Blutmenge herbeiführt.

Kauterisation mit Nitras argenti bei Neuralgien; von Dios. (Revue de Therapeutique. 15. Februar 1861.)

In dem Augenblick, wo die glücklichen Kuren der Kauterisation mit Schwefelsäure bei Ischialgie so viel Aufsehen machen, hält es der Verf. für angezeigt, die von Dr. Marotte zuerst angewendete Kauterisation mit Nitras arg. in Erinnerung zu bringen, und theilt einige hieher bezügliche Fälle mit:

Eine 22jährige Dame mit Supraorbital-Neuralgie, die alle 14 Tage wiederkehrte und 2—3 Tage währte, wurde nach 2jähriger Dauer dieses Leidens plötzlich von einer so heftigen Cardialgie befallen, dass sie sich aller Nahrung enthielt. Nachdem der ganze Arzneischatz vergeblich angewendet war, wurde Verf. einmal wieder gerufen und fand die Kranke seit 2 Stunden bewusstlos auf dem Rücken liegend, die obern Gliedmassen krampfhaft gestreckt, den Bauch stark angezogen, den Kopf nach rückwärts gebeugt. Die geringste Berührung des Epigastriums erzeugte die heftigsten Konvulsionen des ganzen Körpers. Verf. benetzte die Gegend des Magens mit Wasser und führte dann das Aetzmittel in parallelen Strichen auf und nieder. Nach 10 Minuten erwachte die Kranke mit einem Seufzer aus der Betäubung, suchte zu erbrechen und klagte dass man ihr Kupfer eingegeben habe. Der Schmerz im Epigastrium war jedoch geschwunden, und die Anfälle kamen nur in geringem Grade und seltener zurück, bis sie unter fortgesetzter Kauterisation endlich ganz aufhörten, ebenso wie einige dazwischen aufgetretene Krampfanfälle der untern Extremitäten, welche auf gleiche Weise behandelt wurden.

Eine 20jährige Bäuerin, die mit 16 Jahren chlorotisch gewesen war, erkrankte an einer heftigen Intercostalneuralgie, welche täglich 7 Uhr Abends eintrat und bis Mitternacht dauerte. Chinin brachte keine Erleichterung, dagegen bewirkte die mehrmalige Kauterisation während des Anfalls in Kürze völlige Heilung.

Verf. führt noch einen Fall von Brachial-Neuralgie und 3 Fälle von Ischias an, wo die Schmerzen einige Stunden bis einige Tage nach der Kauterisation ganz verschwanden und nicht wiederkehrten.

Zur differentiellen Diagnose zwischen epileptischen und hysterischen Krämpfen; von Dr. A. v. Franque (Correspondenzblatt für Psychiatrie, Nr. 12 1860. — Med. Chir. Monatshefte, November 1860).

Verf. sucht nicht in dem Fehlen oder dem Nichtfehlen des Bewusstseins den charakterischen Unterschied zwischen hysterischen und epileptischen Krämpfen, sondern in einer Reihe von anderen Erscheinungen, auf die er dadurch aufmerksam gemacht wurde, dass er bei 73 Hysterischen, bei denen er 129 Anfälle beobachtete, 15 mal vollständiges Schwinden des Bewusstseins beobachtete, während er auf der anderen Seite eine Reihe von epileptischen Anfällen sah, in denen das Bewusstsein nicht aufgehoben war.

Das eigentlich charakteristische Element des epileptischen Anfalles ist der tonische Krampf, der sich zuweilen in den Extensoren und Flexoren der Extremitäten gleichmässig, meist aber durch ein Ueberwiegen in den Flexoren äussert; in diese tonische Spannung fahren nur einzelne stärkere Kontraktionen als klonische Erscheinungen dazwischen. Dieses Verhalten ist ein hauptsächliches Unterscheidungsmoment der Epilepsie von den sogenannten hysterischen

Krämpfen, während welcher tonische Krämpfe fast gar nicht zur Beobachtung kommen.

Die Epilepsie ist eine cerebrale Krampfform, die hysterische Konvulsion ein spinaler Reflexkrampf.

Während bei der Epilepsie eine uns freilich unerklärliche Hirnreizung zu Grunde liegt, finden wir in den hysterischen Reflexkrämpfen eine durch krampfhafte Nervenempfindlichkeit gesteigerte Reflexibilität des Rückenmarks. Dort sind es gewaltsame, widernatürliche Drehungen, Zerrungen und Zuckungen der Glieder und der Muskeln, hier aber mehr geordnete, rein zweckmässig und absichtlich aussehende Bewegungen ganzer Muskelgruppen.

Der epileptische Krampf hat immer etwas Neues, Ungewöhnliches, Unnatürliches, während wir in dem hysterischen Krampfe mehr eine gewaltsame Wiederholung gewohnter und normaler Bewegungen erkennen können: der Kranke scheint dabei in gewisser Beziehung aktiv, während er bei dem epileptischen Krampfe ganz widerstandslos und passiv die unnatürlichsten Bewegungen ausführt.

Wie der epileptische Krampf entsteht, wissen wir nicht, dass aber der hysterische Anfall durch äussere Anlässe hervorgerufen wird, ist eine hinlänglich bekannte Thatsache.

Dem hysterischen Anfalle geht immer ein, wenn auch noch so geringes Unwohlsein, Missbehagen vorher, während der epileptische Anfall plötzlich Jemanden, der sich ganz wohl fühlt, überraschen kann.

Die epileptischen Anfälle enden entweder rasch oder sie dauern längere Zeit; die Kranken verfallen in tiefen, soporähnlichen Schlaf, aus dem sie im besten Wohlsein erwachen. Die hysterischen Anfälle enden in einem Zustande von Erschöpfung, aus dem sich die Kranken allerdings meist zum Verwundern schnell erholen; selten folgt ein längerer Schlaf, eine Ohnmacht, ein Zustand von Ekstase oder auch von Paralyse. In der Regel tritt mit dem Ende des Anfalls reichlicher Thränenfluss, Aufstossen von Gasen, Kollern im Leibe und Ausscheiden vielen blassen Urins ein, der sehr häufig ziemliche Mengen von Zucker enthält.

Der Epileptische lacht und weint nicht im Anfalle, und hat nicht die Sensation des Globus, während letztere bei der Hysterie konstant ist und Lachen oder Weinen die Anfälle sehr häufig begleiten. Während des hysterischen Anfalls sind in der Regel die Pupillen gegen das Licht empfindlich, was in der Epilepsie nicht der Fall ist.

Nach Conolly sollen ferner bei den epileptischen Anfällen immer profuse Schweisse den Kranken bedecken, während bei den hysterischen Anfällen die Haut trocken bleibt.

Endlich ist es bekannt, dass die hysterischen Anfälle meist nur bei Tag auftreten, gegen Abend nachlassen und fast nie während des Schlafes zur Erscheinung kommen; die epileptischen Anfälle können während des Schlafes beginnen und treten (bei den Frauen wenigstens) häufiger bei Nacht als bei Tag auf.

Endlich sei noch erwähnt, dass wenn Epilepsie mit Lähmungserscheinungen verbunden ist, auch die gelähmten Theile von den krampfhaften Kontraktionen ergriffen werden, während gelähmte Glieder der Hysterischen nicht an den Krämpfen betheiligt werden.

Fall von Idiosomnambulismus, abnormen Traumzustand; (Chorea magna Germanorum Hasse); von Dr. Philippsohn in Clötze. (Deutsche Klinik, Nr. 29, 1860.)

Noch immer gibt es eine Partei unter den Aerzten, die Idiosomnambulismus und Ekstase mit Mesmerismus und animalischen Magnetismus zusammenwerfen und demnach am gelindesten als Täuschung erklären; während wieder bewährte Autoritäten, wie Purkynje, Wicke, Hasse, diese Zustände nicht nur anerkennen, sondern gar durch Analogie zu erklären versuchen. Als Beweis wie schroff sich hier die Ansichten entgegen stehen, mag folgender Fall dienen:

I. T. gegenwärtig 2·) Jahre alt, das Kind armer Taglöhner, in deren Familie weder Nervenkrankheiten noch andere Leiden erblich vorkamen, war stets schwächlich, litt früh und lange an skrophulösen Zufällen und empfing in ihrem Heimatsdorfe den gewöhnlichen Unterricht, ohne bei demselben besondere Fähigkeiten an den Tag zu legen; auch war sie ohne Neigung zu religiöser Schwärmerei.

In ihrem 15. Lebensjahre fiel sie einmal bei leichter Feldarbeit plötzlich um und bekam seit dieser Zeit täglich Zuckungen die später in Katalepsie ähnliche Krämpfe übergingen, welche sich mitunter 8mal täglich wiederholten, und erst im 17. Lebensjahre der Patientin, mit dem Eintritte der ziemlich regelmässigen Menstruation, wieder aufhörten. 2 Jahre nachher verfiel die Kranke beim herauskommen aus einem heissen Lokale, plötzlich wieder in Krämpfe. Gleichzeitig begann sie im Schlafe laut zu reden und zu singen, weshalb sie vom Volke als eine „Gottbegeisterte" angesehen und angestaunt wurde. Um einer behördlichen Untersuchung auszuweichen, wurde Ph. von den Verwandten der Patientin gebeten, den Zustand derselben zu beobachten und darüber zu referiren. Dieser beschreibt nun den Anfall folgendermassen:

Die Kranke scheint bewusstlos zu sein, ihre Extremitäten sind gestreckt, Finger flecktirt, Augenmuskeln von tonischem Krampf ergriffen; Puls unterdrückt, Frequenz 80 in der Minute. Ph. hat die Patientin, an der er weder auffallende objektive Veränderungen, noch Hang zur Simulation oder auch nur Uebertreibung wahrnehmen konnte, auch im Schlafe beobachtet. Dieser wurde anfangs mehrmals von heftigem Schluchzen unterbrochen, hierauf begann Patientin erst leise, dann laut, wohlklingend und andachtsvoll ein Kirchenlied zu singen, hierauf trug sie feierlich und fliessend Gebete und Kirchenlieder vor. Plötzlich wurde sie von einem gewöhnlichen Krampfanfalle unterbrochen, der einige Zeit andauerte, dann folgte wieder das Schlafreden, welches nun noch anderthalb Stunden andauerte. Hierauf erwachte erst Patientin aus ihrem abnormen Schlafzustande, während welchem Anaesthesie der Sinne unverkennbar war.

Ph. gewann die Ueberzeugung, dass er es hier mit einem Fall von Idiosomnambulismus, von Chorea magna im Sinne Hasse's zu thun habe und gab auch demgemäss sein Urtheil ab. Nichtsdestoweniger wurden Gerichtsärztlicherseits die „Krämpfe für gemachte, der abendliche Zustand für verstellt" erklärt. Dass aber diese Diagnose keine richtige war, geht aus dem weiteren Verlaufe des Leidens hervor. Die Kranke wurde nämlich in ihre Heimath entlassen; hier übernahm Ph. ihre Behandlung, verordnete Chini und Eisen, worauf die der Starrsucht ähnlichen Krämpfe wohl einige Zeit hinn

durch aussetzten, allein um so intensiver entwickelte sich die Ekstase. Später traten nebst Schwäche der Glieder, Schmerzen im Kopfe, Schwindel und Neigung zur Furunkelbildung, besonders in der Nähe der Genitalien. Auch die Krämpfe zeigten sich wieder häufiger.

Das immerwährende Zuströmen der neugierigen Menge fand Ph. bei dem ohnehin so sehr erregten Gemüthszustand der Patientin für besonders nachtheilig, weshalb er ihre Unterbringung in einem guten Krankenhause für nothwendig erklärte, wo bei sorgsamer Pflege, zweckmässiger Diät, Ruhe und einer consequent durchgeführten, entsprechenden Behandlung, Heilung oder doch wenigstens Besserung ihres Leidens herbeigeführt werden könnte.

Ein seltener Fall von Epilepsie; von Dr. Geerds in Greifswald. (Deutsche Klinik Nr. 49, 1860).

Im Anschluss zu dem obigen Falle von Somnambulismus bringen wir den nachstehenden, theils wegen einiger Aehnlichkeit mit demselben, vorzugsweise jedoch wegen seines merkwürdigen und lehrreichen Verlaufes, da in demselben ein Uebergang von Epilepsie in Manie und somnambule Zustände beobachtet wurde, ausserdem wegen seines therapeutischen Interesses, indem er als ein Beweis für die Wirksamkeit der von Schroeder van der Kolk aus anatomischen Gründen bei Epilepsie so sehr empfohlenen starken Ableitungen im Nacken dienen kann.

Wilhelmine W. 17 Jahre alt, ein blühendes Mädchen kam im April 1855 wegen epileptischer Anfälle in G's Behandlung. Die Krämpfe waren sehr heftig, mehr tetanischer als convulsiver Natur und dauerten oft Tage lang mit kurzen Unterbrechungen. Die Anfälle begannen und endigten mit einem maniakalischen Zustande; bei jedem erneuten Anfalle stellten sich immer dieselben oder ganz ähnliche Delirien ein. Dabei vollständige Bewusstlosigkeit, starre, erweiterte Pupillen.

G. reichte der Kranken Chinin, da er wegen des plötzlichen Auftretens der Krankheit ohne alle Vorboten, bei mässiger Milzanschwellung an ein larvirtes Wechselfieber dachte — jedoch ohne Erfolg. Darauf wandte er nach einander Solut. Fowleri, Cupr. sulf amon., kalte Abreibungen, Bäder jedoch erfolglos an. Als einzigen Anhaltspunkt für ein aetiologisches Moment konnte allenfalls der Umstand dienen, dass der Vater Potater gewesen. G. entschloss sich am 1. August zur Anlegung eines Haarseils im Nacken, worauf 3 Wochen die Anfälle aussetzten; die Patientin rühmte selbst die günstige Wirkung des Haarseils: es sei ihr der Kopf leicht, der Blick frei. Die wieder auftretenden Krämpfe wurden schwächer, stellten sich jetzt nur alle 3—4 Wochen ein, dauerten selten über zwei Stunden und endigten dann mit Schlaf aus dem die Kranke nach kurzer Zeit mit wüstem Kopfe erwachte. Die Anfälle äusserten sich jetzt folgendermassen:

Nach einer Schlafanwandlung wird die Kranke von leichten Krämpfen einige Male geschüttelt, und fängt dann mit wohltönender Stimme an zu singen, theils Lieder aus dem Gesangbuche, theils Gedichte, die sie nach selbstgemachter Melodie vorträgt; oft bricht sie plötzlich ab und geht in Delirien über, die meist immer über dasselbe Thema variiren: sie sei mit Pech beschmirt, man solle ihr das Pech vom Leibe nehmen; dabei zerrt sie sich sern in den Haaren, als wenn sie sich dadurch von einem lästigen Gefühl befreien wolle; oft sieht sie Feuer, bittet, man möchte sie doch vor dem Feuer retten, u. dgl. Nach dem Aufhören dieser Delirien fällt sie in ruhigen Schlaf, der nun gewöhnlich noch einige Stunden dauert. Einige Male blieb sie bei diesen Anfällen nicht, wie in der Regel, ruhig sitzen oder liegen, sondern stand auf, redete ihre Mutter wie eine fremde Person an, verlangte von ihr sich zu entfernen etc.; einmal ergriff sie eilig eine auf dem Tische liegende Scheere und schnitt sich das Haar ab.

Die Anfälle traten gewöhnlich Vormittags auf, die Nacht war immer frei. — In der freien Zeit stellte sich jetzt ein sehr lästiges Hautjucken ein, das namentlich Nachts in der Hautwärme oft so heftig war, dass die Kranke nicht schlafen konnte. Schwefelbäder, Waschungen mit Aq. Creosoti wurden ohne merklichen Einfluss angewandt; nach Verlauf von einigen Wochen verschwand es von selbst.

6. Dezember. Die Anfälle äussern sich bloss noch durch Singen und Delirien, und dauern mit Einschluss des darauf folgenden Schlafes nur wenige Stunden. — Die Zeit der Menstruation hat keinen Einfluss weder auf das Erscheinen, noch auf die Heftigkeit der Anfälle. — 3. März 1856. Der Zustand hat sich noch mehr gebessert. Glücklich über diese günstige Veränderung bat Pat. das Haarseil, das aufhörte zu eitern, auszuziehen, was auch geschah. — 10. Januar 1857. Nachdem Pat. den Sommer über in vollständigem Wohlsein zugebracht, stellten sich im Herbst von Zeit zu Zeit die Schlafparoxysmen, und allmälig auch wieder Krämpfe ein, die gegen Weihnachten an Heftigkeit zunahmen, so dass G. sich genöthigt sah, das Haarseil wieder einzuziehen. Sofortige Besserung, wie früher: die Krämpfe blieben Monate lang ganz aus; Schlafwandlung, höchstens mit leichten Delirien und Singen, alle 3—4 Wochen. — 8. November. Da beim Umziehen des Haarseils sich wieder Krämpfe einzustellen drohten, so zog G. dasselbe aus, und sorgte durch leichte Abführmittel für eine mässige Ableitung auf den Darm, wobei Pat. sich Monate lang recht gut befand. Leider war auch dieses Wohlsein nicht von Bestand. Die Anfälle hatten ganz den Charakter der Tobsucht, mit Singen Delirien, Zerreissen der Kleider, Raufen der Haare, Wuth, Bellen etc., dauerten fast den ganzen Tag und kehrten täglich wieder, bis nach abermaligem Einziehen des Haarseils sofortige Besserung eintrat; die Anfälle blieben zuletzt ganz aus, so das Monate hingingen, in denen Patientin sich des besten Wohlseins erfreute. G. zog auf ihren Wunsch, da das Haarseil zu eitern aufhörte, dasselbe am 5. Februar 1860 wieder aus. Der Sommer verlief ohne Krankheitserscheinungen; aber plötzlich, vielleicht in Folge freudiger Gemüthsbewegung, stellten sich im Monate August die epileptischen Krämpfe in alter Heftigkeit wieder ein, nachdem sie fast zwei Jahre ausgeblieben waren. Krämpfe, abwechselnd mit Delirien und Singen, Wuth- und Tobsuchtsanfällen dauert den ganzen Tag über, so dass die Eltern in Sorge und Bestürzung um die baldige Wiedereinziehung des Haarseils baten, von dem sie schon dreimal so gute Erfolge gesehen hatten. Es wurde in der freien Zeit kalte Douche auf Kopf- und Rückrat, und Atropin $^1/_{60}$ Gr. pro dosi, 2mal täglich, jedoch ohne merklichen Erfolg angewandt. — Am 30. August liess G., da die obere Nackenpartie sich wegen der narbigen Entartung der Haut zur Applikation des Haarseils nicht mehr recht eignete, ein grosses Vesikator legen und die reichliche Eiterung durch Ungt. Cantharid. unterhalten. Es trat sofortige Besserung ein: der Kopf wurde leicht, der Blick klar und frei, und seit Anfang September zeigten sich keine Anfälle mehr.

Lungenabscess, der sich im Verlaufe einer akuten Pneumonie entwickelt hat. Heilung; von Prof. Traube in Berlin. (Wien. med. Wochenschrift Nr. 49. Dezember 1860.)

Rechtsseitige Pleuropneumonie; Aufnahme am 13. Tage der Krankheit. Anfangs Calomel, dann Aderlass und Digitalis. Am Ende des 15. Tages der Krankheit plötzlicher starker Abfall der Temperatur, Pulsfrequenz u. s. w. und beginnende Resorption des entzündlichen Exsudates. Narkose in Folge einer raschen verbrauchten schwachen Lösung von Morph. acet. mit beträchtlicher Temperatur-Steigerung, 36 Stunden lang anhaltend. Fortdauer der die Infiltration des rechten untern Lappens anzeigenden, akustischen Zeichen. — Am

44. Tage der Krankheit wird zum ersten Male elastisches Gewebe in makroskopischen und mikroskopischen Portionen im Auswurfe entdeckt. Am 45. Tage entwickelt sich eine rasch verlaufende Parotitis duplex. Vollkommene Heilung unter dem Gebrauche des Leberthrans.

C. K. 49 Jahre alt, Arbeiter, wurde am 26. Febr. 1858 in die Charité aufgenommen; er war schon am 14. Februar während seiner Arbeit plötzlich mit Frost erkrankt; bis zum 19. fühlte er andauerndes Frösteln; dabei waren Mattigkeit, Appetitlosigkeit und etwas Husten vorhanden. An diesem Tage wurde der Husten heftiger, erreichte am 21. seinen Höhepunkt und von da ab erschienen sehr quälende Hustenanfälle; in der Nacht vom 23.—24. fanden sich Stiche in der rechten Brusthälfte ein; am 24. Heiserkeit und bräunlich gefärbter Auswurf, dabei die Nächte wegen des Hustens fast vollständig schlaflos.

Status praesens am 26. Februar Abends 7½ Uhr. Kräftig gebauter, mässig muskulöser, magerer Mann; Conjunktiva stark injizirt, Gesicht turgescirend, 108 Pulse; 32 Athemzüge. — Haut heiss, trocken. — Zunge feucht. Unterleib von natürlichem Umfange, Bauchdecken schlaff. Die Leberdämpfung überragt den Rand des Brustkorbes in der Parasternallinie fast um 2″, die Basis des Proc. Xiphoid. fast um 3″, die linea alba nach links um 2½″; ihre obere Gränze normal. Beim Athmen ein weit hörbares Schnurren, Auswurf zähe, klebrig, schaumig, durchsichtig, rostfarben. Einathmung costo-abdominal mit vorwiegender Bewegung des Bauches. Die Zwischenrippenräume der ersten Brusthälfte empfindlich gegen Druck, Percussionsschall hinten rechts von der 5. Rippe ab gedämpft, in den untern ⅖ fast wie am Schenkel; daselbst bronchiales Athmen, laute Bronchophonie, kein Rasseln, Fremitus vocalis fast null (an der entsprechenden Stelle links ziemlich stark.) In der rechten Seitenwand zwischen der 5.—8. Rippe lauter, hoher Schall, unbestimmtes Athmen. Herztöne normal. Radialarterien von grossem Umfang, ziemlich stark gespannt. Verordnung: *Calomel* gr. tria Sacch. gr. decem; dent. tal. dos. N. VI, dreistündlich 1 Pulver.

27. Februar, Vormittags: Nachts nicht geschlafen wegen Husten. Kein Schweiss; nach 3 Pulver 5 wässerige Entleerungen. Gesicht turgescirend, roth, Temperatur 38,5° C. — 104 Pulse. 40 Athemzüge. Harn c. ⅛ Quart, lehmig, sauer. Heiserkeit. Beim Husten Schmerz an der rechten Brusthälfte. Auswurf c. 5 Esslöffel, rostfarben, schaumig. Ausk - und Perk.-Erscheinungen unverändert. *Calomel* wird ausgesetzt, dafür ein Infus. folior. Digit., 2 stündlich 1 Esslöffel und eine V. S. von acht Unzen. — Abends waren dieselben Erscheinungen, doch etwas gelinder.

28. Februar. Kein Schlaf, kein Schweiss, Temper. 39,2° C. — 108 Pulse, 32 Athemzüge. Harn wie gestern. Viel Durst. Kein Appetit. Viel Husten. Auswurf c. 9. Esslöffel dick, zähe, rostfarben, viele, kurze, faserstoffige Bronchialgerinnsel enthaltend. Perkussionsschall hinten, rechts von der 4. Rippe ab gedämpft, unterhalb der Scapula, wie am Schenkel; in der Ausdehnung der Dämpfung äusserst schwaches bronchiales Athmen. Hinten links und vorn beiderseits lautes vesikul. Athmen. — Verordnung Infus. Digit. wird fortgesetzt — ad loc. dolent. ein Vesicans.

Am 1. März. Wenig Schlaf. Kein Schweiss. 82 unregelmässige, zuweilen aussetzende Pulse; 24 Athemzüge. Temper. 36°7. Zunge dick belegt. Durst vermehrt. Auswurf trübe, zahlreiche Faserstoffgerinnsel enthaltend. Dämpfung beginnt heute erst von der 6. Rippe, der Schall unterhalb der Scapula noch stark gedämpft, aber bereits deutlich tympanitisch. Bronchialathmen stärker und deutlicher. Bei tiefem Einathmen consonirendes Rasseln. Inf. Digitalis wird ausgesetzt, statt dessen: Solut. Morph. acet. (gr. semis.) unc. sex, 2stündlich 1 Esslöffel. Abends Schweis. 96 Pulse. 24 Respirat. Temper. 37,7°. Viel Husten. Auswurf 1½ Esslöffel gelblich, zähe, schaumig. Radialarterien weit, gespannt, Harn hellroth, durchsichtig, sauer.

Am 2. März. Die Morphinlösung ist ausgebraucht. Pat. zeigt grosse Somnolenz, Verengerung der Pupillen, Verminderung und Unregelmässigkeit der Athemzüge, lauten Stertor, stark geröthetes, turgescirendes Gesicht, 102 Pulse, 18 Athemzüge. Temp. 38°2. Auskult.- und Perkuss.-Frscheinungen un-

verändert. Ordinirt: Eiswasserüberschläge auf den Kopf und häufiges Riechen von *Liquor ammon. caust.* Abends waren die Erscheinungen der Narkose geschwunden, nur die Pupillen waren noch sehr verengt

Am 3. März. 72 Pulse, 28 Athemzüge, Temperatur 36°,6, Haut feucht, Husten sehr häufig, Auswurf sehr schwer vor sich gehend, zähe, klebrig, weniger schaumig. Von da zeigten die Erscheinungen nur geringe Schwankungen; die Dämpfung nahm hinten rechts nur wenig ab, bis am 26. März Abends Erhöhung der Temp. (48°,5.) und der Pulsfrequenz (82) auftrat. Der Auswurf bestand an diesem Tage aus einer schleimigen durchsichtigen Grundlage, welche eine mässige Anzahl gelber undurchsichtiger Flocken und einen *unregelmässig gestalteten, schwarzgefleckten Gewebsfetzen enthält.* Die mikroskopische Untersuchung zeigt in den gelben Flocken zahlreiche, mehr kernige Eiterkörperchen, viel feingranulöse Substanz und zahlreiche, unregelmässige Bündel von elastischen Fasern; der Gewebsfetzen enthält nebst einer strukturlosen Grundsubstanz viele elastische Fasern und theils gelbes, theils schwarzes Pigment.

Am 27. März stellten sich plötzlich reissende Schmerzen in der ganzen rechten Seite des Kopfes und Beschwerden beim Schlucken ein, und es entstand eine gegen Druck sehr empfindliche, aber nicht geröthete Geschwulst beider Parotisgegenden, rechts stärker als links — sonst status idem. Der Auswurf enthält noch elastisches Gewebe. Verordnet wurde 1/4 *Gran Extr. Lactuc. viros.* in Pulver, jede zweite Stunde.

Am 29. März. 70 Pulse. Temp. 36°,4, Perkussionsschall noch gedämpft, daselbst grobblasiges consonirendes Rasseln, kein bronchiales Athmen. Der Auswurf (8—10 Esslöffel) ist *immer noch reich an elastischem Gewebe.* Die Parotidengeschwulst hat bedeutend abgenommen.

Zwischen 30. März und 4. April schwankte die Pulsfrequenz zwischen 68 und 76; die Temperatur zwischen 36°,8 und 37°,4. Die Menge des in 34 Stunden entleerten hellgelben Harns betrug in der Regel mehr als zwei Quart. Der Auswurf behielt seine frühere Beschaffenheit, doch nahm seine Menge und die Zahl der gelben Flocken ab. Am 30. März hatte Pat. 26 Pulver — somit 6 1/2 Gran von Extr. Lactuc. genommen; die Gabe wurde auf 1/3 Gran. am 2. April auf 1/2 Gran erhöht. Vom 6. April ab erhielt Pat. *Leberthran,* unter dessen Gebrauch der Husten und Auswurf, sowie auch die Dämpfung und das consonnirende Rasseln an der hintern Wand der rechten Brusthälfte rasch verschwanden und der Körperumfang sichtlich zunahm, so dass Pat. am 7. Juni *vollkommen geheilt* die Anstalt verlassen konnte.

Ueber die Alterationen der Stimme bei Lungenschwindsucht; von Dr. Mandl in Paris. (Union medicale Nr. 104. 1860.)

M. macht über die Alteration der Stimme bei Lungenschwindsucht folgende Bemerkungen: Die Veränderungen in der Stimme, welche so häufig bei Phthisischen, selbst schon im ersten und zweiten Stadium beobachtet werden, kommen oft vor, ohne durch entzündliche Vorgänge im Larynx bedingt zu werden. Diese Veränderungen beruhen nun nach ihm in einer *Funktionsstörung des Nervus recurrens,* welcher Seitens der Tuberkeln im obern Lungenlappen, vielleicht auch die Bronchial-Ganglien einen Druck erfährt. Durchschneidet man an Thieren den Recurrens, so tritt fast constant Veränderurg oder Verlust der Stimme ein; gleichzeitig mit der Aphonie macht sich eine Verschliessung der Glottis bemerklich und eine wesentliche Behinderung des Athmens mit beträchlicher Vermehrung der Inspirationen. Diese physiologischen Experimente

ebenso wie die anatomischen Verhältnisse des Recurrens geben die Erklärung für folgende pathologische Thatsachen: Die Veränderung der Stimme tritt oft mit dem ersten Erscheinen der Tuberkeln in der rechten Lunge auf, während bei sehr stark entwickelten Tuberkeln der linken Lunge die Stimme lange Zeit hindurch normal bleibt. Dies ist durch die anatomischen Lageverhältnisse begründet, links ist der Nervus recurrens länger als rechts und verläuft an der hintern Seite der Trachea, zwischen dieser und dem Oesophagus, so dass er gegen den Druck der in der Lungenspitze entwickelten Tuberkeln geschützt ist. Bei Kindern ist die Veränderung der Stimme selten, vor dem 4.—5. Jahre kommt sie nie, vor der Pubertätszeit nicht häufig vor In Analogie hiemit steht die von Longet ermittelte Thatsache, dass bei jungen Thieren die Durchschneidung des Recurrens keine Veränderung der Stimme zur Folge hat. Der Larynx des Weibes gleicht mehr dem des Kindes, als dem des erwachsenen Mannes; deshalb sind auch Stimmveränderungen bei Frauen seltener als bei Männern. Nach der Durchschneidung oder Kompression des Recurrens kann progressive Atrophie und fettige Degeneration der inneren Kehlkopfsmuskeln der entsprechenden Seite erfolgen. Aehnliche Verhältnisse finden sich bei Pththisischen vor, wo M. an Leichen die fettige Degeneration der eben genannten Muskeln nachgewiesen und bei Lebenden mittelst des Laryngoscops Blässe der innern Seite des Kehlkopfs und geringere Beweglichkeit der rechten Chorda vocalis beobachtet hat.

Sarcina ventriculi mit Erbrechen von Gallensteinen; von E. J. Miles. (The Lancet Nr. 3. 186'.)

Die 56 Jahre alte Patientin, Mutter zweier Kinder, erzählt, dass sie in ihren zwanziger Jahren an epileptischen Anfällen gelitten hatte. Seit dieser Zeit aber war ihre Gesundheit nie wesentlich getrübt, und mit Ausnahme der heftigen Kopfschmerzen, die im Verein von galligen Erbrechen sie zu jeder Menstruationszeit beängstigten, erfreute sie sich der besten Gesundheit. Die ersten Zeichen ihres gegenwärtigen Leidens will sie vor einem Jahre bemerkt haben, wo sie von heftigen Schmerzanfällen in der Lebergegend heimgesucht wurde, die sich immer wiederholten und zu denen sich intense Magenkrämpfe gesellten. Um diese Zeit herum vergrösserte sich die Leber, der Appetit verschwand, hartnäckige Verstopfung und zeitweilig auftretende Anfälle von ungewöhnlicher Schwäche, häufiges Erbrechen bildeten die hervorragendsten Punkte ihrer Klagen. — Die erbrochenen Massen waren von gelblicher Farbe reagirten sauer und hatten eine schleimige Oberfläche, in der man mit Hilfe des Mikroskops Sarcina in reichlicher Menge entdecken konnte. Vf. beabsichtigte nun, der Kranken schwefelsaures Kali zu reichen, war aber durch die Entfernung derselben aus seiner Behandlung daran gehindert worden.

Als das Weib nach drei Monaten zu ihm zurückgekehrt war, fand er, dass die Leber sich verkleinert, und die Intensität der Schmerzanfälle in der Lebergegend abgenommen hatte, dafür hatte sich das Erbrechen mit den verzehrten Charakteren der erbrochenen Massen ungeschwächt erhalten. Acht Tage später wurde sie von heftigen Palpitationen befallen, der Körper erkaltete und die Kranke zitterte am ganzen Leibe. Als sich dieser Zustand nach Verabfolgung von Aether und Chloroform gebessert hatte, stellten sich heftige Schmerzen im Magen, die gegen die rechte Seite ausstrahlten, ein. In diesem kläglichen Zustande erbrach sie einen Gallenstein von rundlicher

Form, beiläufig $^7/_{10}$ eines Zolls betragend, hierauf trat etwas Erleichterung, die jedoch bald einem zweiten Anfalle wich, der gleichfalls mit dem Auswurf eines Gallensteins, an Form und Grösse dem ersten analog, endete.

Die Patientin erhielt von dieser Zeit an durch mehrere Monate hindurch eine flüssige Nahrung; Medikamente jedoch wurden ihr nicht gereicht. Ihre Gesundheit besserte sich zusehends, kein Erbrechen, mit Ausnahme der ersten zwei Tage nach dem Auswurf der Gallensteine, kein Herzklopfen mehr, zeitweilig Schmerzen, die aber stets nach dem Gebrauch von Hyoscyamus sich verloren. Gegenwärtig erfreut sich die Kranke des besten Wohlbefindens.

Von Interesse ist der Umstand, dass mit dem Erbrechen der Gallensteine die Sarcinbildung sogleich sistirte.

Zur Therapie der Darmblutungen; von Prof. Oppolzer in Wien. (Allg. W. med. Zeitung Nr. 2 1861).

Mässige Darmblutungen erfordern ausser Ruhe und strengerer Diät kein anderweitiges ärztliches Eingreifen. Bei profusen Blutungen jedoch, welche zu einem höheren Grade von Anämie führen, muss die ärztliche Hilfe eine energische und rasche sein.

Am meisten tragen zur Stillung der Darmblutungen die kalten und adstringirenden Substanzen bei. Nach dem Orte der Blutung sind entweder kalte Umschläge oder Klystiere mit kaltem Wasser anzuwenden. Die kalten Umschläge auf den Unterleib dürfen aber im Beginne nicht eiskalt genommen werden, weil sonst Darmbewegungen eingeleitet werden, welche die Stillung der Blutung nur behindern, ja selbst eine gestillte Blutung wieder hervorrufen können. Man geht daher nur allmälig von den kalten Umschlägen des Wassers von der Zimmertemperatur bis zu Umschlägen über, welche auf Eis gelegt sind.

Ist Ohnmacht eingetreten, so kann natürlich von innern Mitteln keine Rede sein, man muss daher Essigwaschungen anwenden, Riechmittel, namentlich Essig, Essigäther, die Schläfen mit diesen Substanzen einreiben, und wenn der Patient aus der Ohnmacht erwacht ist, eine kräftige Fleischbrühe oder auch einige Tropfen von Aether acet. verabreichen.

Von den adstringirenden Mitteln sind das Tannin, der Alaun, der Liquor ferri sesquichlor. oder Sulfas ferri anzurathen. Verfasser hat dem einen oder anderen Mittel in der Praxis keinen Vorzug einräumen können; es wird daher gleichgiltig sein, welches derselben man in Anwendung bringt, und man wird dabei dem Geschmacke des Patienten die nöthige Rechnung tragen. Diese Mittel müssen aber immer mit Opium verbunden werden, weil sie eben leicht Darmbewegungen anregen, durch welche der schon stopfende Blutpfropf wieder abgestossen werden kann. Um so mehr muss Opium beigesetzt werden, wenn die Patienten häufig an Kollern leiden oder wohl gar flüssige Entleerungen mit Bauchgrimmen haben.

Die Eispillen, welche man bei Magenblutungen mit so vielem Vortheile anwendet, zeigen bei Darmblutungen keinen Erfolg, in-

dem die Eispillen schon im Magen in warmes Wasser umgewandelt werden, das entweder schon im Magen resorbirt wird, oder wenn es auch weiter dringt, keine blutstillende Wirkung mehr ausüben kann.

Die kalten Umschläge wirken nicht dadurch, dass man den Darmkanal bedeutend abkühlt, sondern wohl vorzugsweise durch Reflexwirkung, wodurch Kontraktionen der Gefässe bewirkt werden, und bei der Stillung der Blutung kommt es ja vorzugsweise einerseits auf Förderung der Kontraktion der Gefässe und anderseits auf Bildung eines Blutpfropfes an. In ersterer Beziehung sind die kalten Umschläge, in letzter die Adstringentien das Wirksamste. Der Beisatz von Opium zu den Adstringentien ist vorzugsweise anzurathen, damit durch die peristaltischen Bewegungen der schon gebildete Pfropf nicht abgestossen werde.

Sind die Blutungen gestillt, was gewöhnlich bei schweren Fällen schon durch die Ohnmacht selbst geschieht, so wird man dann vorzugsweise eine neue Blutung hintanzuhalten haben. Wir wissen aus der Erfahrung, dass die Blutungen leicht wiederkehren, wenn sich verstärkte Darmbewegungen einstellen und ferner dass diese besonders durch Speisen und Getränke angeregt werden. Man muss daher in der ersten Zeit nach einer Darmblutung mit der *Diät* sehr vorsichtig sein. Man darf höchstens Hühner-Fleischbrühen, später vegetabilische oder animalische Gallerte gestatten, zur bessern Ernährung einen Eidotter in der Suppe erlauben, den Dotter eines weissen Eies geniessen lassen, und erst wenn wenigstens eine Woche nach der Blutung verstrichen ist, darf man Fleischbrühen mit zerriebenem oder gestossenem Fleisch erlauben, und endlich erst allmälig zu den gewöhnlichen Fleischspeisen, insbesondere von weissem Fleische übergehen.

Patienten, welche Milch gut vertragen, kann man diese als ein gutes Nahrungsmittel gestatten.

Die Anämie, welche als Folge heftiger Darmblutungen zurückbleibt, und ebenso die Hydrämie erfordert eine leicht verdauliche gute Kost, Aufenthalt in gesunder Luft und die Verabreichung von milden Eisenpräparaten (Lactas ferri, Ferrum pomatum, cydoniatum, Flores salis ammoniac. martiales).

Gleichzeitig mit der Anämie wird man die Krankheitszustände, welche den Darmblutungen zu Grunde liegen, zu berücksichtigen haben, deren Ausführung hier aber zu weit führen würde.

Als Anhang zu dieser allgemeinen Abhandlnng über Darmblutungen theilt noch Verf. seine Erfahrungen über Blutungen aus dem perforirenden Duodenalgeschwüre, über die Darmblutungen bei Typhus und uber die Haemorrhoidalblutungen mit.

a) Darmblutung aus einem *perforirenden Duodenalgeschwüre* hat Verfasser nur einmal beobachtet.

Der Fall betraf einen 40jährigen Mann, welcher ohne bekannte Ursache fünf Stunden nach der Mahlzeit jedesmal von heftigen cardialgischen Anfällen, welche stundenlang andauerten, befallen wurde. Bei einem solchen Anfalle entstand eine erschöpfende Darmblutung; der Patient verfiel plötz-

lich, wurde eiskalt, der Puls verlor sich, es wurde ihm schwarz vor den Augen, er versank in eine Ohnmacht, aus der er nicht mehr erwachte. — Bei der Section fand man ausser dem Duodenalgeschwüre im oberen Querstücke eine grosse Menge von klumpigem Blute im Darmkanale angesammelt.

Verf. sah zwar noch in einem Falle bei einer Verbrennung höheren Grades, welche über einen grossen Theil des Körpers ausgebreitet war, eine Darmblutung, und fand auch bei der Section ein rundes Geschwür; dieses zeigte aber bereits callöse Ränder kein blutendes Gefäss, so zwar, dass man in diesem Falle die Blutung nicht vom Geschwüre ableiten konnte, sondern sie zu jenen Fällen von Darmblutungen rechnen musste, welche überhaupt bei starken Verbrennungen vorkommen.

Verf. glaubt diesen Fall ausführlich erwähnen zu müssen, weil schon öfters Geschwüre im Duodenum bei Verbrennungen beobachtet worden sind, und man daher vorsichtig sein muss, nicht eine Blutung auf diese Geschwüre zu beziehen, die eine ganz andere Begründung haben. Die Geschwüre bei Verbrennungen, wenn sie mit der Verbrennung im Zusammenhange stehen sollen, können nur akute sein und daher noch keine Schwiele zeigen.

Die Diagnose dieser Blutungen ist keine sichere; nur in jenen Fällen, wo Cardialgien 5 — 6 Stunden nach der Mahlzeit erst auftreten, wo der Schmerz vorzugsweise in der Magengrube unter dem Musc. rectus der rechten Seite durch Druck entsteht oder auch constant angegeben wird, wenn dann Darmblutungen eintreten ohne blutiges Erbrechen, so wird wohl diese Diagnose wahrscheinlich; wenn jedoch zugleich Haematemesis vorhanden ist, so wird man natürlich einen solchen Fall von Magenblutungen nicht unterscheiden können.

Die *Behandlung* kann in solchen Fällen nur durch adstringirende Mittel, Opiate und kalte Umschläge auf die Magengrube, eingeleitet werden.

b) Die wichtigsten unter den Darmblutungen sind wegen ihrer grossen Gefahr die *Blutungen beim Typhus*. Beim Typhus kommen die Darmblutungen theils schon im ersten Zeitraume vor, sind dann capilläre Blutungen, die meist keinen hohen Grad erreichen und nach Oppolzer's Erfahrungen nicht direkt zum Tode führen; eine Ausnahme findet bloss in jenem Falle statt, wo die Blutung aus wuchernden, fungösen *Peyer*'schen Plaques auftritt, wobei Verf. einen Todesfall beobachtete.

Häufiger als diese kommen die Blutungen aus Darmgeschwüren beim Typhus in den späteren Zeiten vor. Verf. hat sie am häufigsten in der 3. Woche beobachtet, sah sie jedoch auch in der 4. und selbst noch später auftreten. Diese Blutungen sind gefährlicher als die ersten, indess ist doch die Prognose keine lethale. Nach O's Erfahrungen ist etwa der vierte Theil der Typhuskranken unmittelbar an diesen Darmblutungen zu Grunde gegangen. Verf. beobachtete in mehreren Fällen, dass nach solchen Blutungen eine Besserung im typhösen Prozesse eingetreten ist, der Gesichtsausdruck wurde natürlich, die Zunge feucht, der Meteorismus verlor sich, der Puls wurde langsamer, die Hitze geringer, der Milztumor kleiner; aber trotzdem traten in anderen Fällen Erscheinungen der Erschöpfung ein, welche manchmal erst nach längerer Zeit zum Tode führten.

Man darf jedoch nicht glauben, dass die Blutungen im späteren Zeitraume des Typhus immer aus arrodirten grösseren Gefässen an der Basis oder an den Rändern der Geschwüre vorkommen. In manchen Fällen entwickelt sich beim Typhus Scorbut; man findet dann auch Blutungen aus anderen Schleimhäuten, Petechien an der Haut. In solchen Fällen treten sehr gefährliche Blutungen ein, welche aber in einer Zerreisslichkeit der kleinen Gefässe begründet sind. Sie gehören zu den gefährlichsten Darmblutungen; in der Regel sterben die Kranken, sowie die Blutung eine heftigere geworden ist.

Die Darmblutungen beim typhösen Prozesse erfordern, wie schon im Allgemeinen in der Therapie berührt worden ist, kalte Umschläge auf den Leib, innerlich Adstringentien in Verbindung mit Opium.

c) Zum Schusse bespricht Verfasser die *Haemorrhoidalblutungen.* Er versteht darunter im strengen Sinne des Wortes nur Blutungen, welche durch eine Blutüberfüllung der Haemorrhoidalvenen bedingt sind. Nicht jede Mastdarmblutung ist also eine Haemorrhoidalblutung. Man findet nämlich Mastdarmblutungen, bedingt durch Krebs, Schleimpolypen, besonders bei Kindern, in seltenen Fällen durch ein Fibroid.

Die Haemorrhoidalblutungen sind meist mässig, können aber auch in einzelnen Fällen sehr reichlich werden, und durch die öftere Wiederholung zur Anämie und zum Hydrops führen. Sie treten entweder ohne vorausgegangene Beschwerden auf, oder aber es gehen Störungen der Verdauung voraus, namentlich aber Kreuz- und Lendenschmerzen, und diese Erscheinungen mindern sich nach dem Abgange des Blutes. Aus diesen Fällen haben die älteren Aerzte die kritische Natur dieser Blutungen abgeleitet. Manchmal treten die Haemorrhoidalblutungen ganz regelmässig z. B. alle vier Wochen auf.

Die haemorrhoidalen Blutungen sind theils bedingt durch äussere Ursachen, sitzende Lebensweise, vieles Reiten und Fahren, hitzige Getränke, namentlich Spirituosa, Thee, Kaffee, ferner durch innere Momente, hartnäckige Stuhlverstopfung, Geschwülste in der Umgebung des Mastdarms oder an den Venen im Mesocolon, im Mesenterium, in der Pfortader, in der Leber, in einzelnen Fällen auch im Herzen und in der Lunge.

Sind die Haemorrhoiden durch Hemmnisse in der Pfortadercirkulation bedingt, so findet oft auch eine Erleichterung der Beschwerden nach dem Eintritte der Blutungen statt.

Sind daher die Blutungen mässig, so wird der Arzt nur durch ein zweckmässiges diätetisches Verhalten, durch Sorge für eine gehörige Stuhlentleerung dieselben bekämpfen. Sind aber die Blutungen reichlich, so müssen kalte Sitzbäder, kalte Klystiere in Anwendung gezogen werden.

Die sogenannte *Unterdrückung der Haemorrhoiden* beruht auf folgenden Momenten. Bei Menschen, welche eine sehr subtanziöse Kost geniessen, viel geistige Getränke zu sich nehmen und dabei

eine sitzende Lebensweise führen, bildet sich eine allgemeine Plethora, namentlich aber Blutüberfüllung im Gebiete der Pfortader aus. Solche Individuen fühlen sich nach einer Blutentleerung leichter, und man wird daher dieselbe nicht direkt stillen, sondern durch eine zweckmässige Diät der Wiederkehr dieser Blutungen vorbeugen. In solchen Fällen sind es die Bäder von Marienbad, Kissingen, Homburg, welche vortheilhaft wirken. Sind aber die Blutungen in solchen Fällen sehr reinlich, so sind diese Bäder kontraindizirt.

Ferner sind die Blutungen bei Krankheiten der Leber, so lange noch die Patienten vollblütig sind, und ebenso bei Erkrankungen des Herzens mit einiger Erleichterung verbunden. Wenn man diese Blutungen stillt durch kalte Klystiere, adstringirende Substanzen, entwickelt sich dann leicht eine Blutüberfüllung in anderen Organen, ja es kann selbst zu Blutungen aus dem Magen, aus der Lunge und sogar zu Gehirnblutungen kommen. Bei diesen Patienten muss man vorzugsweise bei der Behandlung der Haemorrhoidalflüsse vorsichtig sein.

Die unterdrückten Haemorrhoiden, wie die älteren Aerzte wollten, durch reizende Klystiere, durch warme Bäder wieder einzuleiten, ist ein vergebliches Bemühen. In solchen Fällen wird man, wenn anderweitige Beschwerden in Folge von Hyperämien auftreten, zu örtlichen Blutentleerungen am Mastdarme seine Zuflucht nehmen, denn eben die früher vorhandene Blutentleerung war ja eigentlich das erleichternde Moment.

Unter diesen Verhältnissen passen die früher genannten Mineralwässer nicht, namentlich, wenn Herzfehler oder Lungenkrankheiten die Ursache der Haemorrhoidalblutungen waren.

Haemorrhoidalblutungen, welche durch äussere Momente hervorgerufen werden, wie z. B. durch Reiten, Fahren, können ohne Anstand durch kalte Sitzbäder und kalte Klystiere gestillt werden.

Bei erschöpfenden Haemorrhoidalblutungen sah Verf. von schwefelsaurem Eisen, und wenn gleichzeitig Stuhlverstopfung vorhanden war, von der Verbindung dieses Mittels mit Aloë günstige Erfolge.

Zur Therapie der Perforation des Wurmfortsatzes; von Dr. J. Reber (Froriep's Notizen, 2 Bd. Nr. 5 1860).

Unter den verschiedenen Behandlungsweisen dieser höchst gefährlichen Affektion verdient gewiss die mit grossen Gaben von Opium die meiste Beachtung. Volz, der das grosse Verdienst hat, diese Methode zuerst in Anwendung gezogen zu haben, gibt, sobald sich die ersten Zeichen von Peritonitis einstellen, alle ½ Stunden ½ — 1 Gran Opium in Substanz oder dessen Extrakt in Pillen oder Pulverform, bis die Schmerzen merklich nachlassen, was gewöhnlich schon nach 1 Stunde der Fall sein soll. So lange aber die Schmerzhaftigkeit, wenn auch gemindert, sich über den ganzen Bauch erstreckt, räth er, das Opium zu ½ — 1 Gran stündlich

noch fortzugeben und erst, wenn sich die Schmerzen auf die Cöcalgegend beschränkt haben, die Dosis auf 4 — 6 mal im Tage zu mindern. Bei allenfalls wieder zunehmender Empfindlichkeit soll alsbald wieder mit der Gabe gestiegen werden und erst, wenn die Cöcalgegend einen ordentlichen Druck zu ertragen im Stande sei, dürfe man den Gebrauch dieses Mittels ganz aussetzen. Die hartnäckige Verstopfung dürfte weder vom Fortgebrauche des Opiums abhalten, noch zur Darreichung von Abführmitteln und Klystiren verleiten, da dieselben leicht zur vollkommenen Perforation oder zur Lösung bereits gebildeter Adhäsionen oder Verklebungen führen und Gefahren bereiten könnten, welche durch die scheinbare Erleichterung nicht aufgewogen werden. Die Verstopfung hört meist von selbst auf, sobald die Schmerzen verschwunden sind. Es stellte sich sogar oft während der Anwendung des Opiums eine leichte Diarrhöe ein und eine betäubende Wirkung des Opiums sei entweder gar nicht oder nur in sehr geringem Grade zu beobachten. Auch sonst vertrügen die Kranken starke Gaben von Opium, ohne, selbst in der Reconvalescenz, üble Wirkung davon zu verspüren. Gegen den quälenden Durst und das Erbrechen reiche man, mit Ausschluss von vielem Getränke, das durch Gasentwicklung und Brechreiz nachtheilig wirken könnte, Eisstückchen. Die Application von Blutegeln auf den Bauch will er gerade nicht verwerfen, hält sie aber jedenfalls für ein sehr untergeordnetes Hilfsmittel der Behandlung. Nur zu leicht soll auf wiederholte Blutentziehung Collapsus eintreten. Auch von Kataplasmen will Vf. nichts wissen, indem dieselben eher die Lösung und den Zerfall der Exsudate befördern. Entgegengesetzt sollen die kalten Ueberschläge wirken und wenigstens die jauchige Metamorphose des Exsudats vermindern. Bei Kühle der Extremitäten ist ein warmes Bad, doch mit Vermeidung aller Bewegung zu empfehlen. Die Diät muss mit besonderer Sorgfalt geregelt werden, da selbst eine leichte Indigestion zum Tode führen kann. Ebenso muss dem Kranken jede Bewegung so lange untersagt werden, als noch Spuren von Entzündung des Bauchfells vorhanden sind. Von 8 mit Opium so behandelten Kranken starb keiner, während von 38 bei antiphlogistischer Behandlung nur 1 genas.

Ueber Icterus potatorum; von M. E. Leudet. (Gaz. méd. und Gaz. des Hôpitaux, Dez. 1860.)

Einem grösseren Aufsatze von M. E. Leudet über Icterus potatorum entnehmen wir Folgendes:

1. Der Genuss einer grösseren Quantität starker Alcoholica kann in manchen Fällen einen intensiven Icterus erzeugen.

2. Der Icterus potatorum äussert sich durch eine stark gelbe Färbung der Haut, ist zumeist fieberlos, von einer deutlichen Verlangsamung des Pulses, von einer Unterdrückung der Nervenfunktion, von Schwindel, Ohnmachten etc. begleitet.

Die icterische Färbung der Haut erscheint nicht unmittelbar nach dem Excess; ihr gehen gewöhnlich mehr oder weniger heftige gastrische Zufälle voraus, wie: Schmerzen im Epigastrium, Erbrechen und am häufigsten Schmerzen im rechten Hypochondrium mit Vergrösserung des Lebervolumens.

4. Die Krankheit geht zumeist in Genesung über; mitunter tritt aber doch unter comatösen Zufällen oder durch den Einfluss intra-visceraler Blutungen der Tod ein.

5. Bei der Obduktion findet man dann in der Leber die Zeichen einer bedeutenden Atrophie und im Magen die Charaktere, einer weit vorgeschrittenen, selbst ulcerösen Entzündung.

6. Der Icterus potatorum erscheint bei Gewohnheitstrinkern und wird durch den unmässigen Genuss alkoholischer Getränke, besonders wenn diese wenig mit Wasser verdünnt waren, hervorgerufen.

7. Die Krankkeit wird erzeugt in Folge einer direkten Absorption der toxischen Substanz durch die Leber; wobei noch zu bemerken ist, dass der Alkohol auch als Reiz auf die Magenschleimhaut einwirkt.

8. Die Behandlung bestehe in örtlicher Anwendung der Antiphlogistica und in der Darreichung schleimiger, einhüllender Getränke.

Ueber das Wesen, die Erkenntniss und Behandlung der Trichinenkrankheit; nach Leuckart (Untersuchungen über Trichina spiralis, Leipzig 1860; Virchow (XVIII. Band seines Archiv's, S. 535); Zenker (Virchow's Archiv XVIII, S. 561); Küchenmeister (Deutsche Klinik Nr. 1, 1861); Engelsberg (Wien. med. Wochenschrift Nr. 3, 1861).

Owen entdeckte im Jahre 1835 in den quergestreiften Muskeln des Menschen einen kleinen Rundwurm (Nematode) eingeschlossen in einer länglichen, mit den Muskelfasern parallel laufenden, doppelten Kapsel von $^1/_{25}$—$^1/_{30}$ p. Zoll Länge, und da das Thierchen haarförmig dünn und gewöhnlich spiralförmig in $2^1/_2$ Windungen aufgerollt erschien, so gab er ihm den Namen *Trichina spiralis.* Man fand diese *Helminthe* seither recht häufig, sowohl bei Menschen als auch bei mehreren Hausthierarten, besonders dem Schweine in den quergestreiften Muskeln und diese sind dann blass, eigenthümlich weiss gefleckt und mit grieskornähnlichen Pünktchen durchsetzt; hielt aber durch Jahrzehnte die Trichina spiralis für einen ganz harmlosen Parasiten, bis in jüngster Zeit nach den Untersuchungen von Virchow, Leuckart und Zenker in diesem Würmchen ein für den thierischen Organismus höchst gefährliches Entozoon erkannt wurde. Aus den Untersuchungen des ersteren der genannten drei Autoren über Trichina spiralis ist insbesondere ein Versuch hervorzuheben, weil er über Umwandlungen derselben innerhalb des thierischen Organismus Aufschluss gibt.

Virchow gewann bei einer Sektion zahlreiche lebende Trichinen, verfütterte dieselben an einem Hunde, welcher sie mit Appetit verzehrte; aber einige Zeit darauf wurde das bisher gesunde Thier unwohl und nach $3^1/_2$ Tagen starb es an einer haemorrhagischen Pleuritis. Im untern Theile des Duodenum und Jejunum zeigten sich zahllose, durchscheinende Fadenwürmer, die im Allgemeinen die Form der Trichina zeigten, aber viel grösser waren und volle *geschlechtliche Entwicklung* besassen.

Leuckart bestrebte sich bei späteren Versuchen aus der auf ähnlichem Wege erhaltenen Trichinenbrut wieder Muskeltrichinen zu erziehen; er verfütterte deshalb ein Stück mit diesen Würmchen erfüllten Hundedarmes an ein gesundes Schweinchen. Dieses verlor bald darauf die Esslust, liess Kopf und Schwanz hängen, knirschte mit den Zähnen, zog den Bauch ein und verrieth deutlich kolikartige Schmerzen. Nach acht Tagen hatte es sich etwas erholt, zeigte aber Unsicherheit in den Bewegungen, namentlich der hinteren Extremitäten, und als es dann nach ungefähr dreissig Tagen geschlachtet wurde, fand man in den Intercostalmuskeln Trichina an Trichina, jedoch nicht incystirt, und in der Bauchhöhle Spuren einer ausgebreiteten Peritonitis.

Nach Leuckarts weiteren Untersuchungen bildet die Trichina spiralis den Jugendzustand eines Rundwurmes, der sich oft massenhaft im Darmkanale vieler Säugethiere, insbesondere auch des Menschen vorfindet, keineswegs geschlechtslos ist, sondern der sich aus Eiern entwickelt, aus welchen noch innerhalb des Körpers des Weibchens (im Gegensatze zu den Bandwürmern) winzige, filienartige Embryonen entstehen, die nach ihrer Geburt sich sofort auf die Wanderung begeben, dabei durch die Wandung des Darmkanals und die Leibeshöhle ihres Trägers in deren Muskelhülle eindringen und Falls die Bedingungen günstig sind, sich hier zu Muskeltrichinen entwickeln.

Die freien Darmtrichinen sind durchscheinend, 2—3 mal grösser als die Muskeltrichinen und haben Mund und After an den entgegengesetzten Körperenden, von welchen das Vorderende dünn ausgezogen das Hinterende dagegen etwas kolbig aufgetrieben erscheint. Das männliche Thierchen ist kleiner als das weibliche und besitzt im Innern eine schlauchförmige Keimdrüse, deren Ausführungsgang schlingenförmig umgebogen nach hinten herabsteigt; den grössten Theil des Hinterkörpers vom weiblichen Thierchen erfüllt ein mit dem Darmkanale parallel laufender Schlauch, der eine Menge durch gegenseitigen Druck abgeplatteter Eier enthält, aus welchen später Embryonen werden.

Das Leben dieser Würmchen ist sehr zähe; man fand noch 14 Tage nach dem Tode der Versuchsthiere lebende Trichinen im verwesenden Fleische derselben; ebenso erhalten sie sich lange lebend im Kothe ihrer Träger und wenn nach Leuckart angenommen wird, dass die Trichinen im Schweinefleische durch Räuchern und Salzen zu Grunde gehen, so verdient hierbei wieder Owen's Erfahrung Beachtung, der in Muskeln, die er wegen beginnender Fäulniss in

Spiritus legte, noch nach drei Tagen diese Würmchen lebend gefunden haben will.

Die perniciösen Wirkungen der Trichina zeigt in eklatanter Weise ein von Zenker beschriebener Fall.

Ein zwanzigjähriges, kräftiges Dienstmädchen hat seit Weihnachten vorigen Jahres gekränkelt, wurde dann am 12. Januar dieses Jahres mit heftigen Fieberbewegungen und aufgetriebenem Unterleib im Spital aufgenommen, wo sich dann zu ihrem Leiden Schmerzen im gesammten Muskelsystem, besonders aber in dem der Extremitäten, sowie schmerzhafte Kontrakturen in den Knie- und Ellenbogengelenken hinzugesellten. Noch später traten ödematöse Infiltrationen, pneumonische Erscheinungen, endlich auffallende Apathie auf und am 27. Jänner erlag die Patientin, an der seit ihrem Spitalseintritte weder Milzschwellung, noch Roseola entdeckt werden konnte, ihrem Leiden.

Die Muskeln zeigten bei der Sektion zahlreiche lebende, nicht eingekapselte Trichinen, ebenso fanden sich im Jejunum Massen geschlechtsreifer Trichinen.

Das naschhafte Mädchen hat sich ohne Zweifel beim Weihnachts-Schlachtfeste durch den Genuss von trichinenhältigem Schweinefleisch, vermuthlich auch noch in rohem Zustande, seine Krankheit zugezogen, denn die Untersuchung des Schinkens von dem damals getödteten Schweine zeigte sehr zahlreiche eingekapselte Trichinen.

Da nun die Gegenwart von Trichina spiralis im menschlichen Organismus so gefährliche Erscheinungen hervorzurufen im Stande ist, so wird die Diagnose und Therapie der Trichinenkrankheit von grösster Wichtigkeit und die Mittheilungen die Küchenmeister in dieser Beziehung macht, ergeben hierüber in Kürze Folgendes:

Man muss an das akute und frische Stadium dieser Krankheit denken, wenn man einen Patienten vor sich hat, der bei subtyphösen Erscheinungen, ziemlich klaren Bewusstsein, fehlender Diarrhoe, fehlendem typhösen Exanthem, und fehlendem Milztumor über heftige Muskelschmerzen bei allen Bewegungen klagt; zu diesen Erscheinungen können sich Schlingbeschwerden, Heiserkeit und Strabismus als örtliche Affektion gesellen.

Unterstützt wird die Vermuthung, dass in diesem Falle eine Trichinenkrankheit vorliege, wenn der Patient gesteht, dass er früher rohes Fleisch genossen habe. Gewissheit aber in der Diagnose dieses Leidens gibt nur die Durchforschung einzelner Muskeltheile des Kranken unter dem Mikroskope und die Auffindung der Trichinen.

Um dieses zu erreichen, schlägt Küchenmeister vor, erst nachzusehen, ob der Patient nicht eine Wunde, einen cariösen Zahn habe, und dann von dort ein Fleischwärzchen zur Untersuchung zu nehmen. Findet sich weder das eine noch das andere, so muss man aus dem gesunden Muskelfleische an Stellen wo kein

grosses Blutgefäss liegt und kein wichtiger Nerv verläuft ein Stückchen Muskel sich holen.

Hat man die Diagnose der Trichinenkrankheit gemacht, so muss man vor Allem durch ein tüchtiges Abführmittel — am geeignetsten am ersten Tage *Calomel* mit *Jalappa,* am darauffolgenden hingegen nur eine tüchtige Dosis *Pulv. rad. Jalappae* mit *pulv. fil. maris* bis wenigstens 6 Stühle erfolgen — die gefährlichen Parasiten aus dem Darm zu entfernen trachten. Dann versuche man die in der Wanderung begriffenen Thiere unschädlich zu machen; diess geschieht am Vernünftigsten durch kleine, aber längere Zeit fortgesetzte Gaben von *Terebinth. venet.* mit *pulv. rad. fil. mar.* als Pillenmasse, wozu man nach Budd noch ein paar Tropfen *Kreosot* geben kann.

Bei diesen Mittheilungen kann nicht unerwähnt bleiben, dass die Priorität der hier von Küchenmeister angeführten Vorschläge Dr. Engelsberg in Wien für sich in Anspruch nimmt, da er schon im Mai vorigen Jahres kurz nach der Veröffentlichung des Zenker'schen Falles schrieb: Als diagnostisches Hülfsmittel dürfte bei der Trichinenkrankheit die *Akidopeirastik* am Platze sein, mittelst welcher man sich bequem so viel Muskelsubstanz vom Lebenden zu verschaffen im Stande ist, als man eben zur mikroskopischen Untersuchung bedarf; — bei therapeutischen Versuchen hingegen dürfte der *Terpentin* einige Beachtung verdienen, theils wegen seiner parasitenfeindlichen Eigenschaft, theils weil er ins Blut übergeht und somit in den feinsten Kapillaren die Muskel-Primitivfasern zu umspülen und die hier lebenden Trichinen zu tödten vermöchte.

III. Syphilis und Dermatologie.

Ueber ungestörten Verlauf und zweckmässige Behandlung primärer syphilitischer Krankheitsformen; von Prof. Sigmund in Wien. (W. med. Wochenschrift Nr. 14, 15, 22, 24 — 1860).

Der einzig richtige Weg zu einer rationellen Therapie zu gelangen, das sicherste Mittel der Gefahr einer Selbsttäuschung zu entgehen, ist die sorgfältige, nüchterne Beobachtung des ungestörten Verlaufes der Krankheiten; nur die durch reichliche Erfahrung erworbene vollkommene Kenntniss derselben, berechtigt zur Beurtheilung der Wirksamkeit irgend eines Heilmittels und bereichert endlich die Therapie um einzelne jener, leider nicht zahlreichen Mittel, von welchen man mit voller Ueberzeugung die Behauptung: „post hoc — ergo propter hoc" aussprechen darf. Ein so aufgeführtes therapeutisches Gebäude steht auf rationellem Grunde und behauptet sich gegen alle Stürme, welche mit der Zeit aus den verschiedensten Ursachen gegen dasselbe heraufbeschworen wurden.

Prof. Sigmund hat, auf seine reichen Erfahrungen gestützt, in vier einander folgenden Aufsätzen unter obigem Titel, den ungestörten Verlauf *primärer syphilitischer Krankheitsformen* in diesem kleinen Rahmen meisterhaft geschildert und Skizzen einer zweckmässigen Behandlung hinzugefügt *).

Nachdem Verf. hervorgehoben, dass der *Tripper und seine Folgeleiden nicht in die Familie der Syphilis zu rechnen sind,* (weil der Ansteckungsstoff, welcher den Tripper erzeugt, in seiner Entwicklung schon von jenem des primären Geschwürs augenfällig verschieden ist und weil Entwicklung, Verlauf und Ausgang der Erkrankungen, welche zu Folge des Trippers sich einstellen, einzeln und zusammengehörig betrachtet, wieder von jenen in Folge des Geschwüres auftretenden, sich wesentlich verschieden verhalten), erklärt er sich für die Annahme eines *einzigen* Ansteckungsstoffes für die Syphilis.

Die Eintheilung der Geschwüre in *weiche* und *harte* hält S. als eine praktisch wichtige aufrecht; doch gibt es auch Entwicklungsformen (der Geschwüre und der Papel), welche zwischen beiden eine Verbindung nachweisen. Für die Einheit des Kontagiums sprechen auch die Impfversuche, **) zu welchen sowohl von harten als von weichen Geschwüren der Eiter entnommen wurde, welche jedoch *in der Regel* nur weiche Geschwüre zur Folge hatten.

An den durch Impfung mit Schankereiter entwickelten Geschwüren hat Verf. den durch künstliche Eingriffe nicht gestörten Verlauf und Ausgang der primären Geschwüre beobachtet, als dessen allgemeines Endresultat sich ergibt, dass *primäre syphilitische Impfgeschwüre sich selbst überlassen langsam und mit Zerstörungen von oft bedeutendem Umfange zur Vernarbung gelangen, während bei zweckmässiger Pflege derselben die Vernarbung auch ohne irgend eine besondere arzneiliche Einwirkung erfolgt, und auch in diesem Falle rascher und einfacher bei günstigen individuellen Verhältnissen und wohlbestellten äussern Einflüssen.* Während im erstern Falle mehrere Monate, ja selbst Jahre erforderlich sind, um Vernarbung zu erzielen, erfolgt dieselbe im zweiten Falle binnen drei bis vier Wochen von dem Impfungstage an gerechnet, wenn die Bedingungen dazu vorhanden sind; nämlich: einfache nicht zu nahe aneinander gesetzte Geschwüre, sehr häufige Reinigung und sorgfältiger Verband derselben, rüstige Beschaffenheit des Individuums ***) und günstige diätetische Einflüsse.

---

*) Indem wir nun im Auszuge den Inhalt dieser Aufsätze mittheilen, können wir den Wunsch nicht unterdrücken, auch die Erfahrungen desselben Verfassers *über ungestörten Verlauf und zweckmässiger Behandlung sekundär-syphilitischer Krankheitsformen* in kurzer Zeit referiren zu können.

**) Sigmund nimmt die Impfung nur bei Individuen vor, welche bereits Syphilisformen an sich tragen. *Der Referent.*

***) Bei Scrophulose, Tuberkulose, Malariasichthum, Anämie aus verschiedenen Anlässen und Scorbut ist der Verlauf in der Regel nicht blos ein schleppender, sondern es kommen auch rascher oder langsamer verlaufende Gewebsnekrosen am Grunde und Rande der Geschwüre zu Stande: Gangrän, Phagadaene. *Der Referent.*

Nachdem das primär syphilitische Geschwür 8—14 Tage bestanden, bemerkt man in der weitern Entwicklung desselben, so wie an den benachbarten Drüsen und Hautpartien Erscheinungen, welche zu einer wesentlichen Unterscheidung der Geschwüre an und für sich, so wie hinsichtlich ihrer Folgen führen und nach S. folgende Reihen umfassen :

1) *Die Geschwüre bleiben während ihres ganzen Verlaufes weich* und auch die Narbe empfängt die gleiche Eigenschaft. Die mit der Geschwürsstelle *zunächst* verbundenen Lymphdrüsen schwellen nur mässig an und auch wieder ab, oder es kommt zu Eiter — und Abscessbildung in dem die Drüse umgebenden Gewebe*). *Weitere Erkrankungen des Organismus treten aber hierauf nicht ein.*

2) *Rand und Grund des Geschwürs verhärten* im Verlaufe immer mehr und es entwickelt sich ein knorpelharter Knoten; die sich nach 4—8 Wochen endlich bildende Narbe bleibt noch lange Zeit, oft mehrere Monate, in einzelnen Fällen selbst Jahre lang, hart; Zerfallen der Narbe ist nicht selten.

Um die dritte Woche schwellen die dem Geschwüre zunächst gelegenen Lymphdrüsen nach und nach durch allmälige Infiltration an, was sich endlich innerhalb 6—8 Wochen seit dem Ansteckungstage über sämmtliche Lymphdrüsen des Körpers verbreitet, weshalb an den, dem Tastsinne leichter zugänglichen Stellen : Genick — hintere Halsgegend, Cubital- und Achselgegend u. s. f. dieselben grösser und härter zu finden sind

Diess ist nach S. auch der *sicherste Massstab für die allgemeine Erkrankung an Syphilis*

3) Es entwickelt sich von einem weichen Geschwüre die *Papel;* gleichzeitig schwellen die zunächst gelegenen Lymphdrüsen der Reihe nach an und *in manchen, doch nicht in allen Fällen findet allgemeine Erkrankung der Lymphdrüsen statt,* worauf dann Flecken und Papeln auf der äussern Haut, und dem weichen Gaumen sich einstellen. Die Zeitdauer, welche diese Vorgänge in Anspruch nehmen, beträgt zwischen sechs bis zwölf Wochen. Die Erkrankung der Lymphdrüsen in der Nähe der *ersten* Erkrankungsstelle beobachtet man zwischen der vierten und achten, die *allgemeine* Drüsenschwellung zwischen der sechsten und zwölften Woche, in der Mehrzahl der Fälle später als beim verhärteten Geschwür.

Das primäre Geschwür bietet in den ersten Tagen seines Bestehens *keine* wesentlich verschiedenen Merkmale dar, auch bei der genauesten Beobachtung lässt sich von vornherein nicht feststellen, welchen weitern Verlauf dasselbe nehmen wird; diess gilt sowohl von der Entstehung des verhärteten Geschwüres, als auch hinsichtlich der Entwicklung von Pusteln oder Papeln. Weiche kleinere Geschwüre werden in der Mehrzahl der Fälle übersehen und werden erst bei weiterer Verbreitung beobachtet, d. h. dann erst, wenn

*) Es entstehen entschieden schneller akute, zur Eiterung führende Zellgewebs- und Drüsenentzündungen, wenn der Sitz des Geschwüres in der Nähe grösserer Lymphgefässe sich befindet (somit in der Nähe des Bändchens, an dem Rande der Vorhaut, in der Mitte der Eichelfurche.)

neue Pusteln und neue Geschwüre entstehen, ja sehr oft erst dann wenn bereits *Papeln* mehr oder minder zahlreich entwickelt, abgeschürft und theilweise zerfallen dastehen. In dieser Periode ist es gewöhnlich unmöglich das ursprüngliche, erste Geschwür, oder dessen Narbe, seinem Sitze nach genauer nachzuweisen und Fälle solcher Art haben zu verschiedenen irrigen Annahmen geführt, als die Pusteln und Papeln seien *immer* Erscheinungen sekundärer Erkrankung*); ferner „die Pappeln (die sogenannten breiten *Kondylome*) seien primäre Erscheinungen, oder es liege ihnen ein eigenes Kontagium zu Grunde".

Aus solchen Fällen geht ferner hervor, dass *nicht* wie die Vertreter der zweierlei Kontagien behaupten, in jedem Falle sekundärer Erkrankung das primäre Geschwür ein *verhärtetes* gewesen sei, was man namentlich bei Weibern häufig erfährt, indem hier ohne vorausgegangene Verhärtung des Geschwüres sekundäre Erscheinungen aufzutreten pflegen.

Durch eine zweckmässige *Behandlung* kann die Entwicklung der Krankheitsformen unterbrochen und beschränkt, abgekürzt und gemildert, die Uebertragung auf andere verhütet und den Folgeleiden ganz oder theilweise vorgebeugt werden.

Was das *primäre Geschwür selbst* betrifft, gilt nach Sigmund's Erfahrungen Folgendes:

1. *Die Entwicklung des Geschwüres kann durch frühzeitige Anwendung geeigneter Aetzmittel unterbrochen werden,* wenn man *innerhalb der ersten vier Tage* von der Ansteckung an gerechnet, die mit einer Pustel oder einem schon entwickelten Geschwür behaftete Hautpartie bis in die gesunde Marke ätzt**). (Tilgung durch die sogenannte *abortive Methode.*)

Nach vier bis acht Tagen löst sich die entstandene Kruste ab und lässt gewöhnlich die bereits gebildete Hautnarbe zurück. Sigmund empfiehlt in zweifelhaften Fällen immer die abortive Methode vorzunehmen, weil im Falle des Irrthums wenig geschadet, im Falle einer syphilitischen Infektion hingegen durch Aetzung überaus viel genützt, mit Unterlassung derselben überaus viel geschadet wird. Gegenanzeigen sind: Sitze des Geschwürs an der Mündung und der untern Hälfte der Harnröhre, ferner auf der Scheidenschleimhaut und in der Aftermündung; ebenso Mehrzahl der Geschwüre und Schwangerschaft. Nach frühzeitigen mit günstigem Erfolge vollzogenen Aetzungen sah S. niemals Zellgewebs- und Drüsenentzündungen eintreten; diese stellen sich erst um die dritte Woche (vom Ansteckungstage an gerechnet) ein, und zwar ohne dass irgend eine Reizung der Geschwürsstelle stattgefunden.

---

*) Diese Ansicht hat sich um so mehr Geltung verschafft, als sehr *oft lange, nachdem die primären Geschwüre ganz abgelaufen sind* an den Genitalien und um den After herum *Papeln als sekundäre Erkrankung vorkommen.*

**) Als Aetzmittel empfiehlt Sigmund den Aetzkali, Aetzkalk, (in Pastenform oder als Stab gegossen), die Zinkchloridpaste, rauchende Salpetersäure und als das letzte: das Glüheisen, das leider durch die Furcht der Kranken eine nur beschränkte Anwendung findet.

2. Der Verlauf des schon entwickelten Geschwüres wird durch die Anwendung von Aetz-*) sowie von zusammenziehenden**) Mitteln, verbunden mit angemessener diätetischer Pflege abgekürzt, seine Ausbreitung und Verfielfältigung verhütet und damit auch häufig den Folgeleiden vorgebeugt.

Geschwüre, die rasch in die Breite oder Tiefe zunehmen, fordern die rasche Abgränzung in den noch gesunden Marken durch die Anwendung des Glüheisens oder der Aetzung und nach diesen die Anwendung der Fäulniss beschränkenden Verbande mit *Chlorkalk* (1 Drachme auf 6 Unzen dest. Wassers) *schwefelsaurem Eisenoxydul* (1/2 Drachme auf 6 Unzen dest. Wassers); des *Theergypspulvers* (1 Theil *Theer* mit 5 oder 10 Theilen Gyps verrieben) der vegetabilischen Kohle im Pulver, des rohen Alauns, des Tannins etc. etc.

Entzündung der Lymphdrüsen entwickelt sich bei den *weichen* Geschwüren in der Regel *akut*, trifft meistens nur eine Seite, führt häufig zur Abszessbildung und unter ungünstigen Umständen (der Konstitution des Kranken und äusserer Einflüsse) zu schleppendem Verlaufe; bei dem verhärteten Geschwüre ist die Lymphdrüsenentzündung nur *ausnahmsweise* akut, führt *sehr selten* zur Abszessbildung, trifft immer beide Körperseiten, (häufig eine stärker) nimmt einen indolenten, torpiden Charakter an und verbreitet sich als solche allmälig über die Mehrzahl aller Drüsen.

Durch frühzeitige Behandlung des Geschwüres kann man sehr oft die akute Drüsenentzündung *verhüten*, indem sie selten vor der dritten Woche des Bestehens eines Geschwüres auftrittt, häufig hingegen später.

Wenn antiphlogistische, ableitende und die Aufsaugung fördernde Mittel***) die Abszessbildung nicht hintanhalten, so schreitet man zur Eröffnung desselben durch das Messer oder die Pasta†). Die fernere Behandlung richtet sich nach den allgemeinen üblichen, für den besondern Sitz des Abszesses und die Individualität des

---

*) Hiezu empfiehlt S. *Nitr. argenti, Cuprum sulf.* in Substanz oder in Lösung (fünf Gran auf eine Drachme Aq. dest., *Merc. praecip. ruber* oder *albus* (fünf Gran auf die Drachme *Ung. emoll.*).

**) *Arg. nit. cryst., Cupr. sulf.* (gran unum) *Tannin. pur.* (gran. quat.) *Aq. calcis* (drachm. semis) — auf die Unze *Aq. dest.*, oder in Salbenform auf ebensoviel *Ung. emoll.*)

***) S. empfiehlt, wo besondere Ausnahmen es nicht verbieten, kalte selbst Eisumschläge, Bepinselung des Hauttheiles mit Jodtinktur, Anwendung von Bleiplatten u. dgl. m.

†) Die dünnste Hautpartie über dem Abszesse wird mit entsprechend zugeschnittenen Heftpflasterstreifen sorgfältig umgränzt, durch Charpie die Umgebung geschützt und in gleichmässiger Dicke eine Pasta von dickbreiiger Konsistenz aufgetragen. Sie soll unmittelbar vor der Applikation angefertigt werden. Auf der Klinik und Abtheilung des Prof. Sigmund wird gewöhnlich die Wiener Pasta in folgender Form angewendet: Rp. *Kali caustici* drachm. duas; *Calcis viv.* drachm. unam. Durch allmäligen Zusatz von etwas rektifizirtem Weingeist werden diese Substanzen in einer Porzellanschale zu einer Pasta verrieben. Nach 10 bis 15 Minuten langer Einwirkung ist der Zweck gewöhnlich erreicht, worauf mit Vorsicht alles wieder entfernt wird.

Der Referent.

Kranken anzupassenden Regeln und nur wenn Rand und Grund der Abscesswunde neuerdings die Charaktere des Geschwüres darstellen, wiederholt man an diesen das bei dem Ursprungsgeschwüre empfohlene Verfahren.

Partielle Nekrose des linken Oberkiefers, Auftreibung des Brustbeins, der Schien-, Schlüsselbeine in Folge von Syphilis; von Prof. Günter in Salzburg. (Zeitschr. der Wiener med. Fakultät Nr. 28, 1860).

Ein 25jähriges Dienstmädchen wurde den 26. Oktober 1858 in die chirurgische Klinik aufgenommen und gab an, dass sie vor 1½ Jahren von stechenden Schmerzen der rechten Schulter befallen wurde, die sich allmälig steigerten, über den Arm und das Schlüsselbein derselben Seite ausstrahlten; letzteres wurde dicker, beim Druck empfindlich. Nach 1 Monat sollen die Schmerzen bei warmem Verhalten gewichen, jedoch die Verdickung der Clavicula zurückgeblieben sein. Ungefähr 3 Wochen darauf stellten sich Schmerzen im 1. linken Backenzahn ein, dessen Herausnahme erfolglos blieb; die Schmerzen breiteten sich über den ganzen linken Oberkiefer aus, besonders am Gaumenfortsatz der zu schwellen begann. Dazu gesellten sich Schmerzen im Kopfe, Nacken, der linken Schulter, im Brust- und in den Schlüsselbeinen. Die Schmerzen wurden vorzüglich Nachts heftig und die letzterwähnten Knochen schwollen an. Anfangs Juni 1858 zeigte sich ein übelriechender, mit Blut gemischter, reichlicher Ausfluss aus der linken Nasenöffnung; am Gaumen bildeten sich erbsengrosse Protuberanzen. Gleichzeitig wurde Patientin von Brust- und Athembeschwerden und von Husten befallen, mit dunklem, später chokoladeähnlichem Auswurf, der äusserst übelriechend war. Nach vielen vorausgegangenen, vergeblichen Heilversuchen wurde die sehr herabgekommene Kranke ins Krankenhaus gebracht, wo ihr durch längere Zeit Oleum jecoris Aselli, dann Jodkalium in steigender Dosis gereicht wurde, jedoch ohne den geringsten Erfolg. Die Schmerzen hielten an, die Anschwellungen nahmen zu. Aus der Nase dauerte der übelriechende Ausfluss fort. Bei der Aufnahme in die chirurgische Klinik fand man nebst den bezeichneten Knochenauftreibungen, Fistelbildung zwischen den vorhandenen lockern Zähnen, eitrig-jauchigen Ausfluss aus der Fistel, durch welche man mit der Sonde in eine Cavität und auf einen losen rauhen Knochen gelangte. An den Arkaden, besonders den vordern und an der hintern Pharynxwand fanden sich strahlige Narben. Die Respiration war beschleunigt, die Perkussion ergab links oben beträchtliche Dämpfung mit bronchialem Exspirium bei der Auskultation. Puls beschleunigt, klein; Digestion darniederliegend, Stuhlentleerungen unregelmässig; an den Genitalien fanden sich keine Narben, jede primäre Affektion wurde geläugnet.

G. schritt ohne Verzug zur Entfernung des nekrotischen Knochens nachdem sämmtliche in dem gelockerten, und geschwellten Zahnfleische steckenden Zähne entfernt waren, wurde das Zahnfleisch den Zahnlücken entlang gespalten und mittelst Kornzange ein unregelmässiger Sequester von 1½" Höhe 1" Dicke und eben solcher Länge ausgezogen, die mit Granulationen ausgekleidete Höhle sogleich mit Charpie ausgefüllt. Mit der Entfernung des Sequesters liessen die Schmerzen im Oberkiefer nach, die Höhle wurde mit Chlorkalk ausgespritzt und immer locker mit Charpie ausgefüllt; nach einigen Tagen schon entleerte sie guten Eiter und verkleinerte sich. Wirkte die Operation zauberähnlich auf Hebung der Schmerzen im Oberkiefer, so verhielt es sich nicht so in Betreff der Schmerzen in den übrigen Knochen. Diese steigerten sich und zwar besonders zur Nachtzeit. Narkotica blieben ohne Erfolg. Deshalb gab Verf. nach acht Tagen Sublimat zum innerlichen Gebrauche nach van Swieten (1 Gran auf 3 Unzen aq. dest. und 2 Unzen Spirit. vin. täglich 1 Esslöffel voll). Unter dem Gebrauche desselben schloss sich die Cavität am Oberkiefer, die Vorwölbung des harten Gaumens, sowie die Lockerung des Zahnfleisches schwand nach und nach gänzlich, die

Schmerzen in den übrigen Knochen liessen nach, ja es verloren sich die Auftreibungen fast vollkommen. Im Januar 1859 wurde Pat. geheilt, kräftig und blühend aussehend entlassen.

Verf. schliesst mit der Frage: wurden die secundären Formen von Syphilis durch Merkur, den die Kranke nie genommen, erzeugt, oder wurden sie durch den verabreichten geheilt?

Ueber eine wenig bekannte Form von syphilitischer Aphonie; von P. Diday. (Gaz. méd. de Lyon Nr. 2 1860).

Auf ungefähr 20 Beobachtungen gestützt, entwirft Vf. folgendes Bild der in Rede stehenden Affektion. Zwischen dem 3. und 6. Monat vom Beginn des Schankers an bemerkt der Kranke ohne bekannte veranlassende Ursache und ohne an Schnupfen, Angina oder Bronchitis zu leiden, ein Abnehmen des Umfangs der Stimme. Es hat diese den Klang verloren. Die Affektion steigert sich schnell. In einigen Tagen schon ist es so weit, dass, wenn der Kr. das Sprechen forciren will, er nur ein leises, kaum dem Ohre vernehmliches Hauchen hervorbringt. Mit Ausnahme dieser Veränderung der Stimme bleiben die übrigen Funktionen unverändert, es ist weder Schmerz, noch Husten, noch Dyspnöe, noch Fieber vorhanden. Dieser Zustand, einmal aufgetreten, zeigt wenig Neigung von selbst zu vergehen und würde sich ohne geeignete Behandlung wahrscheinlich sehr lange erhalten. Durch die Zeit ihrer Erscheinung (im Mittel des 4. Monates) reiht sich die Affektion den sekundären Symptomen an und man sieht sie deshalb auch häufig, aber nicht immer von Plaques muqueuses der Mandeln begleitet. Das *Protojoduretum mercurii* in einer Dosis von 8 — 10 Ctgrmm. täglich beseitigt das Uebel in einer überraschend schnellen Weise; unter seinem Einflusse bessert sich dasselbe in 2 — 3 Tagen und ist spätestens in 6 — 8 Tagen gänzlich geheilt. Die Ursache dieser Aphonie sucht Vf. übrigens nicht in Plaques muqueuses der Glottis, sondern in einer Lähmung der Muskeln der Stimmbänder. Er stützt diese Ansicht auf die gänzliche Abwesenheit von Schmerz und auf die schnelle Heilung durch das geeignete Mittel, welche häufig mit dem Fortbestehen der Plaques muqueuses auf den Mandeln zusammenfällt.

Zur Therapie der Furunkulose; von Prof. Hebra in Wien. (Allg. med. Ztg. Nr. 8, 1861.)

Die Behandlung der nicht durch die Aufnahme eines nachweisbaren Infektionsstoffes entstandenen Furunkel betreffend, bemerkt H., dass dieselben sich selbst überlassen, früher oder später spontan heilen. Die Aufgabe der Kunst bestände somit hauptsächlich darin, die Eiterung und den Zerfall der Gewebe so viel als möglich zu beschränken und zu verhüten, dass durch Verjauchung und

Aufnahme der zersetzten Substanzen in die Blutmasse nicht Pyämie eintrete.

Durch ein antiphlogistisches Verfahren, durch die energische Anwendung der Kälte, ist man im Stande, die secundäre Entzündung auf ein möglichst geringes Maass einzuschränken. H. wendet daher bei jedem beginnenden Furunkel und noch mehr bei einem sich entwickelnden Anthrax Eisumschläge oder die Schmucker'sche Kältemischung oder ein Gemenge, bestehend aus zwei Theilen Eis und einem Theile Wasser, welche man rasch unter einander rührt, an, durch welche letztere sich eine Temperatur von minus 12—15° R. erzielen lässt; diese wird in ein Stückchen aus einem weitmaschigen Stoffe, z. B. Organtin oder englischen Tüll, gebracht, damit das sich bildende Wasser allsogleich abfliessen könne, weil sonst die Temperatur steigt. Diese Kältemischung auf den Furunkel oder Anthrax gebracht, wirkt nicht bloss als Antiphlogisticum, sondern zugleich als Anästheticum, so dass man den Furunkel sogar, ohne Schmerz zu verursachen, ausdrücken kann.

Auch bei einer Anthrax wird man die Kälte so lange appliziren, bis sie dem Kranken plötzlich unangenehm wird, sodann gehe man zu lauen und endlich zu warmen Umschlägen über, oder man wende beim Furunkel irgend ein die Haut nicht reizendes Pflaster an, z. B. Emplastrum saponatum oder Empl. lytharg. fuscum, aber kein Empl. diachyl. Wegen der starken Spannung der Haut und um eine raschere Schmelzung des starren Exsudates zu bewerkstelligen, wird man tiefe Scarificationen oder einen Kreuzschnitt durch die ganze Dicke der Haut vornehmen, worauf man dann die Kälte anwenden kann; leider genügen diese Methoden nicht immer, um dem Fortschritte der brandigen Zerstörung Einhalt zu thun.

Wenn man einen Furunkel gleich anfänglich und entgegengesetzter Weise behandelt, nämlich durch warme Umschläge, Cataplasmen, reizende Pflaster, Honigteig u. dgl., so wird er zwar schneller abscediren, aber er wird auch eine bedeutendere Grösse erreichen und viel mehr Schmerz verursachen, während er unter Anwendung der Kälte kleiner bleibt und der Verlauf deshalb ein rascherer ist. Wenn man die Kältemischung 3—4mal täglich und in der Zwischenzeit Eisumschläge applizirt, so verschwindet oft der Furunkel nach 48 Stunden bis 4 Tagen.

Bei manchen Individuen, die oft an Furunkeln leiden, wird es am zweckmässigsten sein, ihnen eine Luftveränderung, namentlich Aufenthalt in Gebirgsgegenden anzurathen, um sie von ihrer Furunkulose zu befreien; Bäder hingegen, gleichviel ob warme oder kalte, sind zu vermeiden.

Andere Medikamente, welche bei einer Furunkulose zu verabreichen wären, richten sich nach den etwaigen Beschwerden und dem Gesundheitszustande des betreffenden Patienten; namentlich ist auf eine gute Ernährung Rücksicht zu nehmen. Bei pyämischen Erscheinungen empfiehlt Verf. zum Chinin Zuflucht zu nehmen.

Zur Therapie des Anthrax; von Dr. Seiche in Teplitz. (Med. Centr. Zeitung Nr. 18. März 1861).

Die Indicationen für die Behandlungsweise und den Heilungsprozess stellen sich nach dem Verf. bei diesem Leiden wie folgt heraus: Die heftigen Schmerzen zu lindern und zu besänftigen, die Entzündung in ihrem Fortschreiten, sowie das Brandigwerden der Gewebe zu begrenzen, also die Blutüberfüllung der Capillaren zu beseitigen, die Stockung in denselben zu heben, die übermässige Ausschwitzung von Plasma zu verhindern und die bereits gesetzten Exsudate zur Schmelzung und Abstossung zu bringen, schnell eine Demarkationslinie zu erzielen und die Vernarbung rasch herbeizuführen.

Diesen Anzeigen im ganzen Umfange entspricht das *Collodium.*

Die Schmerzen werden dadurch schon nach der ersten Applikation bedeutend vermindert und später ganz beseitigt, die Kranken fühlen sich erleichtert, das sich verbreitende örtliche Kältegefühl ist ihnen ungemein wohlthuend. Der verlangsamte und zum Stocken gebrachte Blutstrom bewegt sich nach und nach schneller, die Stockung hebt sich, das Blut strömt wieder mit normaler Geschwindigkeit in das Kapillargefässnetz, Blutkörperchen und Plasma finden sich in den das Lokalleiden umgebenden Gefässen in normalen Mengenverhältnissen. Die dunkle Röthe schwindet und rasch sieht man die dunkelblaurothen, linienförmigen Ausstrahlungen der normalen Hautfarbe weichen, die Geschwulst nimmt geringere Dimensionen an und das eiterige Zerfallen und die Losstossung der in die Zellen gesetzten Exsudate geht sehr rasch vorwärts, die Demarkationslinie zeigt sich sehr bald und schon nach 14 Tagen findet man ein ganz reines, mehr oder weniger unebenes Geschwür, dessen Ränder sich zu schliessen beginnen, während aus der Tiefe Granulationen aufschiessen, welche nach und nach die Unebenheiten ausgleichen. Der vollkommene Vernarbungsprozess ist oft in 4 Wochen abgethan und die Narbe selbst ist, im Vergleich zur Heftigkeit des Leidens, keine entstellende.

Da der ganze Vortheil dieser Methode auf einem gleichen Drucke beruht, so macht Verfasser auf die Art der Auftragung des Collodiums besonders aufmerksam:

Je weiter man von der sich zeigenden Härte und Röthe entfernt das Collodium aufträgt, desto besser, besonders beachte man die vom Centrum ausgehenden strahlen- und linienförmigen rothen Streifen, welche sich oft bis in das scheinbar gesunde Gewebe erstrecken. Von hier aus, 1 bis 1 ½ Zoll über den letzten Spuren des Anthrax, trage man in *kreisförmigen* Strichen das Collodium auf, und immer weiter bis zum Centrum vorrückend, lasse man dann 1 ½ bis 2 Zoll, nach Umständen wohl auch weniger, ganz frei. Die rasch trocknende und sich zusammenziehende Masse drängt den Eiter und die Jauche durch den gleichmässigen, von der Peripherie gegen das Centrum wirkenden Druck zu den kleinen, sieb-

förmigen oder bereits grösser gewordenen Oeffnungen heraus, so dass die Flüssigkeit über die Collodiumschicht herabrinnt. Die aufgetragene Collodiumschicht darf keine Risse bekommen; zeigen sie sich, so muss die kreisförmige Bepinselung neuerdings wiederholt werden, das blosse Ueberstreichen der Risse genügt nicht, weil auf diese Weise schon die Wirkung des gleichmässigen Druckes paralysirt werden könnte. Vermindert sich das Abfliessen des Eiters, so überlegte er die vom Collodium freigelassene Stelle mit einem Leinwandlappen, auf welchem Zinksalbe, nach Umständen auch mit *Balsam. peruv.* vermischt, leicht aufgestrichen wurde, und liess denselben sehr oft wechseln. Nach 20 bis 24 Stunden wurde die alte Collodiumschicht abgenommen und durch eine neue ersetzt, und dieses Verfahren blieb bis zur vollkommenen Vernarbung dasselbe, ohne dass er Eitersenkungen zu beobachten Gelegenheit hatte.

Diese Behandlungsweise hat den Vortheil, dass sie einfach, sehr leicht anwendbar und durch sie zugleich der Reinlichkeit alle Rechnung getragen wird, es bedarf keines Heftpflasters und die umgebende gesunde Haut ist vor dem Einflusse der ätzenden Jauche vollkommen geschützt Die sich abstossenden brandigen Theile und die gesetzten Exsudatmassen lassen sich leicht entfernen, und oft zieht man umfangreiche Stücke von 1 bis 2 Zoll Länge ohne Schwierigkeit und ohne Schmerz für den Kranken hervor. (Besonders schnell soll bei dieser Behandlungsweise die Vernarbung vorwärts gehen, S. hatte niemals dasBetupfen mit *Lapis infernalis* nöthig).

Die übrigen den Anthrax begleitenden Erscheinungen wurden durch *Citras sodae,* nach Umständen durch ein *Infusum frigidum cort. peruvian.* und gelinde Purgirmittel beseitigt, das Hauptmittel bestand aber in einer guten, nährenden Diät, sobald es die Möglichkeit gestattete.

Verf. stützt diese seine Behandlungsweise auf die Erfahrung, die er an 23 mit Anthrax behafteten Individuen (15. M. 8. W.) machte. Von diesen wurden nämlich 11 nach der gewöhnlichen Methode, mit dem tiefen Einschnitte behandelt, davon starben 6; bei 5 Fällen war es sichergestellt, dass die Ansteckung durch am Milzbrande umgestandene Thiere stattgefunden hatte; nur einer von diesen genas, aber erst nach sehr langer Zeit, denn obschon der Fall einen sehr starken, kräftigen Mann in den dreissiger Jahren betraf, so hatte der Gesammtorganismus durch die profuse Eiterung, die brandige Zerstörung und Eitersenkungen, welche neuerdings Spaltungen der Weichgebilde nothwendig machten, doch auf eine Weise gelitten, dass trotz stärkender Arzneimittel und einer sehr nährenden Diät die Kräfte nur sehr langsam wuchsen.

(Die Lokalisation des Leidens fand sich bei diesen 11 Kranken 7mal im Nacken und 4 mal zwischen den Schulterblättern vor.)

Von den anderen 12 Kranken, welche S. nach der angegebenen Methode mit Collodium behandelte, starb keiner, obschon sich 3mal die Ansteckung mit Sicherheit nachweisen liess; denn bei einem Landwirthe, in dessen Stalle zwei Rinder am Milzbrande gefallen waren, zeigte sich wenige Tage nachher der Anthrax, ebenso in kurzer Zeit wurden seine zwei Knechte ergriffen; bei allen drei Individuen trat die Pustula maligna im Nacken auf.

Obschon die Krankheit bei allen drei Personen unter den heftigsten Erscheinungen verlief, Delirien eintraten, der Puls durch mehrere Tage zwischen 120 und 130 schwankte, so führte Verf. die Behandlung doch mittelst des Collodiums binnen 6 Wochen zur grössten Befriedigung durch, so dass sich dieselben nach dieser Zeit ganz wohl befanden. Bei den übrigen neun

Fällen, worunter sich eine Dame von 60 Jahren mit der Lokalisation des Uebels an der Verbindungstelle des letzten Lendenwirbels mit dem Os sacrum befand, konnte die Heilung binnen vier Wochen als beendet angesehen werden.

Vor 6 Wochen behandelte Verf. den letzten Fall, welcher eine starke und kräftig gebaute Bauersfrau von 39 Jahren betraf, bei der sich der Carbunkel gerade im Nabel einnistete. Die von Collodium freigelassene Stelle wurde rasch dunkelblauroth, fast schwarz, aber ebenso rasch ging auch der Abstossungsprozess vor sich, der penetrante, üble Geruch war dabei, trotz aller Reinlichkeit, unerträglich; die Leistendrüsen schwollen beiderseits an, fast bis auf den Peritonäalüberzug der Bauchdecken war die Zerstörung der Gewebe vorgeschritten. Verf. war im Stande, ein ganzes Stück von 2 Zoll Länge und 1½ Zoll Breite mit der Nabelnarbe in der Mitte auf einmal wegzunehmen. Die hartnäckige Stuhlverstopfung wurde durch kleine Gaben Oleum Ricini beseitigt. Nach 29 Tagen war die Vernarbung vollkommen gelungen.

Bei der Behandlung mit Collodium fand Verf., dass die Demarkationslinie in 9 bis höchstens 15 Tagen sich so vollkommen einstellte, dass von einem Weiterschreiten des Brandes dann nicht die geringste Spur sich mehr zeigte.

In Berücksichtigung der Erfolge dieser Methode meint Verf. mit Recht, sagen zu können, dass der Schnitt beim Anthrax eher schade als nütze; und dass die angeführte Behandlungsweise mittels Collodium jedenfalls der Beachtung werth, der Nachahmung würdig.

Area Celsi; von Dr. Geigel. (Würzburger med. Zeitschrift, 1. Bd., 3—4. Heft. 1860.)

Verfasser bespricht hier besonders jene Fälle von Alopecia circumscripta, welche Willan Porrigo decalvans genannt hat, und die sich von der als Porrigo scutellata, Herpes Tonsurans bekannten Form durch den Mangel der Schuppen, Bläschen, Pusteln und durch die Abwesenheit des dieser Form eigenthümlichen Epiphyten (Trichophyton tonsurans Malmsten) unterscheidet.

Es handle sich nun darum, zu bestimmen, ob unter dieser Area sich 2 Formen bergen, deren eine mit, die andere ohne Pilzbildung verläuft, und ferner, ob der von Gruby für den 1. Fall beschriebene Pilz — das Microsporum Andouini — mit dem Trichophyton Malmsteni des Herpes tonsurans identisch sei?

Dass es eine Area ohne Pilzbildung gebe, ist nach dem Verf. unzweifelhaft, und er führt selbst einen einschlägigen Fall an, der durch die Einreibung der Pomade von Dupuytren geheilt wurde. Als Ursache soll in diesem Falle die öftere Einwirkung eines kräftigen, continuirlich fliessenden Wasserstrahls auf den behaarten Kopf gewirkt haben, der nach G. eine lähmende Läsion des Kopfhautnerven erzeugt haben dürfte.

In solchen Fällen besteht wahrscheinlich der Vorgang der Haarkrankheit nur darin, dass die Haare am äussern Ende der Wurzelscheide atrophiren, sich nicht tief unter der Epidermis vom Bulbus ablösen und denselben mit einem bedeutenden Rest der Scheiden zurücklassen, so dass von hier aus die Regeneration des Haarwuchses später erfolgen kann. Es unterscheidet sich somit dieser Vorgang vom normalen Haarwechsel nur durch das gleich-

zeitige Ergriffenwerden sämmtlicher Haare gewisser circumscripter Provinzen.

Ueber die Existenz der 2. Form von Area mit Pilzbildung und über die Identitätsfrage der Epiphyten spricht sich Verf. unentschieden, aber eher im bejahenden Sinne aus. Die Prognose sei im Falle der Anwesenheit von Sporen jedenfalls eine viel ungünstigere und eine Heilung ist ohne gründliche Epilation nicht zu erreichen.

IV. Chirurgie, Ophthalmologie und Otiatrik.

Ansa haemostatica a tergo; vorgeschlagen von Dr. C. Schmitz in Stettin. (Med. Cent. Zeitung Nr. 10 und 13. 1860.)

Nachdem Sch. die bisherigen Methoden der Blutstillung als nicht immer genügend und selbst im günstigsten Falle als häufig mit grossen Nachtheilen verbunden erklärt (was namentlich von der Ligatur gilt), schlägt er eine Art von *Gefässumschlingung von hinten* (ansa a tergo) vor, und zwar abweichend von den bisherigen Verfahrungsweisen, *von der Rückseite der Wunde her.* In der Absicht, die Heilung der letztern nicht zu stören, ist hierbei der zur Blutstillung erforderliche fremde Körper, die Ansa, so zu sagen nach ausserhalb verlegt, und würde dadurch also den üblen Ereignissen, wie sie nach der Gefässunterbindung so häufig vorkommen, möglichst aus dem Wege gegangen werden.

Zu dem Zweck hat Sch. *gerade Nadeln mit offenem Oehr* anfertigen lassen, und zwar von verschiedener Länge, je nach der Dicke der zu durchstechenden Weichtheile. In solche Nadel zieht man einen gewichsten seidenen Faden bis zur Mitte, dann nimmt man ein kleines, rundes Stückchen Pappe mit radikalem Einschnitt und klemmt die Fadenenden in dasselbe ein. Ausserdem bediene man sich noch eines Gräfe'schen Unterbindungshakens oder irgend einer Unterbindungspincette, und das Verfahren ist dann einfach folgendes: Es wird die oben beschriebene Nadel, in welcher also die Fadenschlinge mit dem Pappstückchen hängt, in die äussere Haut eingestochen und nach der Wunde, in welcher das Gefäss blutet, von der Rückseite her so durchgeführt, dass sie möglichst nahe am Gefäss, ein Paar Linien von Lumen desselben entfernt (nach dem Herzen zu), in der Wunde zum Vorschein kommt. Dann wird die Fadenschlinge nachgezogen und in der Wunde von der Nadel, welche zu diesem Zweck ein offenes Ohr hat, getrennt. Nun wird die Nadel fortgelegt, der Unterbindungshaken (oder eine Pincette) ergriffen, durch die Schlinge durchgeführt, das blutende Gefäss damit gefasst und dieses sodann durch die Schlinge gezogen. Nachdem alsdann der Operateur den Haken oder die Pincette einem Assistenten zu halten übergeben, schiebt er selbst mit der einen Hand die Schlinge am blutenden Gefäss hinauf, damit sie nicht abgleiten kann, während er mit der andern Hand die aussenhängenden Fa-

denenden mit dem Pappstückchen erfasst und dieses mit Daumen und Zeigefinger gegen den Einstichpunkt andrückt, indem er gleichzeitig mit den übrigen Fingern die Fadenenden anzieht. Durch dieses Manöver wird mittelst der Fadenschlinge das blutende Gefäss so stark gegen den Ausstichpunkt der Nadel angezogen, dass es zu bluten aufhört. Die Fadenenden werden zwar in dem Einschnitt des Pappstückchens genügend festgehalten, können aber zur Sicherheit noch mit einem Heftpflasterstreifen auf der Haut befestigt werden.

Nun kann die Wunde, aus welcher also keine Ligaturfäden heraushängen (denn diese haben ihren eigenen Stichkanal), ohne die Besorgniss geheftet werden, dass der *prima intentio* von Seiten dieses blutstillenden Verfahrens ein Hinderniss im Wege stehe, wie dies bei der Unterbindung der Fall ist. — Darin besteht der erste Vortheil dieses Verfahrens vor der Ligatur.

Am 2. oder 3. Tage wird dann die *Herausnahme des Fadens* erfolgen können, oder vielleicht schon noch eher, oft wohl nach einigen Stunden; denn die Thrombusbildung im unterbundenen oder hier umschlungenen Gefäss wird gewiss nach einigen Stunden so weit zu Stande gekommen sein, dass es gegen eine Nachblutung gesichert ist. Jedenfalls kann die Herausnahme der Ansa noch vor, oder doch wenigstens gleichzeitig mit der Entfernung der Hefte erfolgen. Genug, der Operateur kann über die Schlinge frei disponiren, auch für den Fall eines mitunterbundenen Nerven, wodurch ihm bekanntlich bei der Ligatur nicht selten grosse Verlegenheit bereitet wird. Die Entfernung der Fadenschlinge ist leicht: Man entfernt zunächst das Pappstückchen und lässt die Schlinge sich von selbst lockern, und das kann schon sehr früh geschehen; denn man hat es ja in seiner Gewalt, bei etwa stattfindender Nachblutung die Fadenenden wieder anzuziehen. Glaubt man sodann, keine Nachblutung mehr befürchten zu dürfen, so schneidet man das eine Fadenende dicht vor dem Einstichpunkte durch und zieht langsam und vorsichtig den ganzen Faden heraus. Der Einstichpunkt wird schliesslich kaum noch der Bedeckung mit einem Stückchen Heftpflaster bedürfen. Hierin also besteht der zweite sehr wesentliche Vortheil dieser Gefässumschlingung vor der Unterbindung; dass man nämlich die Entfernung des Fadens vollständig in seiner Hand hat und jedenfalls viel früher erfolgen lassen kann und wird, als die Natur die Ligatur zu lösen im Stande ist.

Der dritte, nicht minder wesentliche Vortheil vor der Unterbindung ist nun aber der, dass die Ansa das Gefässende nicht abschnürt, wodurch nach endlicher Lösung des Ligitaturfadens dem Operateur immer noch die Verlegenheit bereitet wird, ob nicht vielleicht jenes kleine, todte Körperchen noch in der Wunde stecken geblieben sei; — sondern dass die Schlinge das Gefässende nur komprimirt, und zwar nur so lange, bis die Thrombusbildung die Gefahr der Nachblutung genügend beseitigt hat. Es bleiben mithin die komprimirten Gefässenden mit dem Organismus im Zusammenhang, und werden unter ungünstigen Bedingungen kaum je einmal absterben, denn in der Regel wird die Kompression des Gefässes nicht

so lange dauern müssen, um dieses üble Ereigniss nach der Operation zu Stande kommen zu lassen.

Diese drei Vortheile der hier beschriebenen hämostatischen Fadenschlinge meint Sch., werden einzelne Bedenken gegen das angegebene Verfahren zur Blutstillung schwinden lassen. Freilich ist die Gefässunterbindung leichter auszuführen, und schliesst auch sicherer das blutende Gefäss, endlich wird auch der Druck, der auf die Weichtheile, welche zwischen der Schlinge und dem Pappstükchen liegen, ausgeübt wird, bei der Ligatur vermieden; diese Bedenken aber können, in Anbetracht der der *Ansa a tergo* zur Seite stehenden wesentlichen Vortheile, nicht schwer in die Wagschale fallen, und derjenige wird gern davon abstehen, dem so manche, nach den ersten drei Tagen schön verheilte Wunde später in Eiterung und Sepsis übergegangen ist. Wenn man dann noch daran Anstoss nehmen sollte, dass bei der Gefässumschlingung dadurch, dass die Nadel von der Rückseite der Wunde her eingeführt wird, eine neue Verletzung gemacht werde, die die Ligatur nicht erfordere, so behauptet Verf. dagegen dass gerade darin ihr Vorzug vor der Ligatur zu suchen sei, indem die nach der letztern mehr oder weniger immer vorkommenden üblen Ereignisse gerade durch diesen neuen Nadelstich umgangen werden sollen, und kann es überhaupt bei einer bedeutenden Wunde auf einen Nadelstich mehr oder weniger nicht ankommen, wie ja auch bei Anlegung der blutigen Nähte ein derartiges Bedenken nie zur Sprache kommt.

Versuche an der Leiche haben ergeben, dass das oben beschriebene Blutstillungsverfahren im Ganzen leicht ausführbar ist. Die einzige Schwierigkeit besteht in der Durchführung der Nadel von hinten, weil es da vorkommt, dass man den beabsichtigten Ausstichpunkt einige Linien oberhalb des Gefässendes nicht jedesmal sofort trifft; indess das kommt beim Heften auch vor, dass man dann und wann einmal fehlsticht, das thut aber im Ganzen keinen Schaden. Noch ist zu bemerken, dass das obige Verfahren besonders gut bei Lappenschnitten auszuführen ist, was um so vortheilhafter sein wird, als der Zirkelschnitt ja ohnehin durch den Lappenschnitt neuerdings mehr und mehr verdrängt wird.

Schliesslich bemerkt Sch., dass diese Methode der Unterbindung bei Blutungen am Kopf gar nicht und am Rumpf nur in einzelnen Fällen zu appliziren sein wird; dagegen hofft er, dass durch dieselbe bei Blutungen an den Extremitäten nach Amputationen und Exartikulation günstigere Resultate erzielt werden dürften.

Ueber Enucleatio talo-cruralis im Vergleiche zur Amputation des Unterschenkels über den Knöcheln oder am Orte der Wahl; von Prof. Michaux zu Löwen. (Presse méd. 28, 29, 30, 31, 33. 1860.)

Nachdem Verfasser die bemerkenswerthesten Verfahren aufgezählt hat, welche von den verschiedenen Chirurgen zur Exartiku-

lation des Fusses angegeben worden sind, unterwirft er dieselben einer kurzen Kritik und an diese anschliessend stellt er die Bedingungen auf, welchen ein Verfahren bei der Exarticulation des Fusses genügen muss, um vollständig zu entsprechen. Es muss nämlich:

1. der Lappen aus den Weichtheilen der Ferse gebildet,

2. so eingerichtet sein, dass er sich der Knochenfläche gut anlegt — somit darf er nicht zu lang sein.

3. Die Art. tib. post. und plant. müssen im Lappen unverletzt erhalten werden, um der Gangrän vorzubeugen.

4. Es muss im Rumpf eine breite, glatte Knochenfläche geboten sein, auf welche der Operirte sicher auftreten kann. (Es wird demnach der Rath Blandin's bei der Exartikulation im Fussgelenke die Malleolen nicht abzusägen verworfen und Syme's Beispiele folgend, werden jetzt allgemein die Knöchel entfernt.)

5. Der Abfluss des Eiters nach Aussen muss leicht sattfinden können. Von den verschiedenen Operationsmethoden entsprechen nun diesen Anforderungen am ehesten noch die von Syme und Roux, indessen glaubt Verf. sie noch in einiger Hinsicht verbessern zu können und schlägt deshalb folgendes modifizirtes Verfahren vor:

Von dem hintern obern Theile des Calcaneus wird ein bogenförmiger über den höchsten Punkt des äussern Knöchels und das Fussgelenk gehender, vor dem innern Knöchel endender Schnitt geführt, dessenConcavität nach vorn (oder vielmehr nach der Seite des vor dem liegenden Fusse stehenden Operateurs) sieht. Vom Ausgangspunkte dieses Schnittes geht ein zweiter Schnitt längs des äussern Randes des Calcaneus bis zu dessen vorderem Rande, von da über die Planta weg in einem nach vorn leicht convexen Bogen zum innern Fussrande und endigt in dem Endigungspunkte des ersten Schnittes. Die Weichtheile der Ferse werden von aussen nach innen vom Knochen losgelöst, wobei das Periost zurückgelassen wird, der Lappen aber nicht zurückgeschlagen werden darf, damit das Messer nicht etwa denselben unversehens einschneide; mit Vorsicht ist auch der innere Lappentheil vom Calcaneus und Astragalus loszuschälen, um die Arterien unverletzt zu erhalten. Unter starker Extension des Fusses werden dann die Sehnen und Bänder, von der Vorderseite des Fusses anfangend, durchschnitten, zuletzt die Achillessehne, welche der Verf. möglichst hoch trennt, damit sie mit dem Lappen nicht wieder verwächst. Die Malleolen werden dann abgesägt, etwaige Ungleichheiten der Knochen mit der Feile gehoben und endlich der Nervus plantaris mit Schonung der Arterie excedirt. Der Lappen wird nach vorn umgeschlagen und durch Knopfnäthe so befestigt, dass der convexe Plantarschnitt dem obern concaven Schnitte sich anlegt. In dem untern hintern Wundwinkel wird eine mit Styrax überzogene Charpiewicke eingelegt und an dieser Stelle werden auch die Ligaturfäden nach aussen geleitet. Darauf lagert man den Stumpf auf ein mit

Wachstuch bedecktes Kissen und applizirt narkotische, erweichende Fomente.

Dieses Verfahren hat viel Aehnlichkeit mit dem von Roux angegebenen; nur geht der erste Schnitt mehr nach oben und hinten, und der Plantarlappen wird nicht durch einen schiefen, sondern durch einen Bogenschnitt umgränzt. Hierdurch werden zwar weniger Weichtheile erhalten, aber der Lappen legt sich besser an die Knochenfläche, die Hautränder passen vortrefflich aneinander, und der Eiter kann in Folge der eingelegten Wicke leicht ausfliessen. Dabei ist die Loslösung des Lappens leicht auszuführen und man vermeidet durch Excision des Nerven etwaige durch Druck auf den Stumpf entstehende Neuralgien. Wenn der Lappen an seinem freien Ende zu schmal oder zu kurz ausgefallen, so dass er bei der Vereinigung gezerrt wird, oder wenn die Arterien in der Ausdehnung desselben nicht wohl erhalten sind, so entsteht leicht Gangrän.

Ist die Operationswunde völlig verheilt, hat der Kranke mit der nöthigen Vorsicht angefangen Gehversuche zu machen, so ist es in der Folge von Wichtigkeit, ihm einen passenden Schuh zu verschaffen, um ihm das Gehen möglichst zu erleichtern. Verf. bediente sich für die von ihm Operirten eines von Syme angegebenen sehr zweckmässig eingerichteten Apparates. Dieser besteht aus einem Fuss von Eichenholz und einem bis zum Knie reichenden Schaft, der fest geschnürt oder auch fest geknöpft werden kann. Im Grunde des Stiefels befindet sich ein ausgehöhlter Polster von elastischem Gummi. Da ein solcher Apparat immer eng anschliessen muss, so ist für die Anfertigung desselben stets ein Abguss des Stumpfes nöthig. Liegt aber dem Operirten nicht besonders daran, die Verstümmlung zu verbergen, so ist eine Bekleidung des Stumpfes ohne Fuss, nur mit einer verbreiterten Basis in Form des Elephantenfusses, jedenfalls das Zweckmässigste.

Verf. hatte in 4 Fällen Gelegenheit die Exartikulation des Fusses im Talo-Cruralgelenke selbst auszuführen; zweimal wegen Caries der Fusswurzelknochen; einmal wegen fettiger Entartung derselben und einmal in Folge einer heftigen traumatischen Einwirkung.

Um einen Vergleich zwischen der Exartikulation im Fussgelenke und den Unterschenkelamputationen ziehen zu können, unterwirft Verf. auch die letztern einer kurzen Betrachtung und gibt am Schlusse derselben in folgenden 3 Punkten die Regeln an, für welche der erwähnten Operationen der Chirurg in vorkommenden Fällen sich zu entscheiden habe, wenn der pathologische Zustand ihm die Wahl erlaubt:

1. Die Artikulatio talo-cruralis ist bei jungen, gut und kräftig gebauten Leuten ohne Rücksicht auf Stand, Geschlecht, Wohlhabenheit vorzuziehen.

2. Die Amputation des Unterschenkels oberhalb der Knöchel, ist für bejahrte, schwache Leute, für solche, die nicht zu gehen

brauchen, die sich ein künstliches Glied verschaffen können, Verunstaltung möglichst zu vermeiden suchen, am Platze.

3. Die Amputation des Unterschenkels im obern Drittel ist vorzuziehen bei Kindern, sowie bei robusten Individuen, denen es mehr darauf ankommt, ihren anstrengenden Arbeiten nachgehen zu können, als ihre Verunstaltung zu verbergen.

Ueber die Erhaltung der Extremitäten, namentlich der unteren in Folge von Splitterbrüchen durch Schusswaffen; von Dr. Marcellin-Duval in Toulon. (Gazette des Hôpitaux Nr. 7, 10, 1861.).

D. räth sich der Amputation einer Extremität zu enthalten, so lange das Wundfieber in seiner grössten Intensität anhält, sondern dieselbe erst vorzunehmen, bis der Organismus sich ein wenig von der eben stattgehabten Erschütterung erholt habe, weil er sonst dem rasch auf einander folgenden doppelten Trauma meist erliege. Dagegen ist selbstverständlich die Entfernung von Knochensplittern allsogleich und während des weitern Verlaufes nothwendig.

Die Ansicht, dass primitive (das sind während der entzündlichen Periode vorgenommene) Amputationen nicht so oft tödtlich enden, als die consecutiven (das ist nach der entzündlichen Periode) weist Verf. als eine auf unrichtige statistische Daten beruhende, als irrthümlich zurück und meint daher, dass in all den Fällen, wo die Amputation nicht dringend geboten, der Arzt immer ruhig zuwarte, und es dürfte die Mehrzahl der Unglücklichen einer grässlichen Verstümmlung entgehen. (Handelt es sich z. B. um einen Splitterbruch am Halse des Oberschenkels oder am Trochauter, dann ist das Zuwarten unerlässlich.)

D. schliesst auf zahlreiche Erfahrungen gestützt mit dem Ausspruche von Legouest, dass 5mal mehr Chancen für die Heilung eines Splitterbruches durch Feuerwaffen ohne als mit Amputation bestehen.“

Fraktur des Bekens mit Zerreissung der Harnröhre, Striktur mit falschen Wegen und einer falschen Blase, Operation, Heilung; von Paget in London. (Med. Times and Gazette Nr. 11, 1860).

Ein kräftiger Bergmann wurde von einem einstürzenden Felsstücke zu Boden gerissen und erlitt eine bedeutende Quetschung des Beckens; der Verletzte konnte sich nicht mehr erheben und der herbeigerufene Wundarzt fand am nächsten Morgen Lähmung beider untern Extremitäten und der Sphincteren.

Mit dem Katheter wurde 3 Tage lang viel reines Blut entleert; erst am 4. Tage kam etwas Harn. Das Perineum war sehr hart und empfindlich und wurde am Tage eingeschnitten, um einen grossen Blutextravasat-Ausfluss zu verschaffen, worauf die Härte und Schmerzhaftigkeit des Prieneums

abnahm; doch floss durch die Inzisionswunde auch Harn ab; die Wunde heilte nicht vollständig zu, sondern es blieben zwei Fistelöffnungen zurück.

Etwa ½ Jahr nach dem Unfalle, traten wieder heftige Schmerzen im Mittelfleische ein; man versuchte den Kranken zu katheterisiren und fand eine Striktur, über welche das Instrument nicht gelangen konnte. Es wurden die 2 Fistelöffnungen vereinigt, 12 Blutegel an das entzündete Perineum gesetzt, ein wames Bad und ein starkes Laxans verordnet, worauf am nächsten Tage, ein Katheter (Nr. 6) eingeführt werden konnte, was täglich wiederholt wurde; hierauf ging der Harn ¼ Jahr lang durch die Urethra ab, wenn der Kranke d;e Fistelöffnung zudrückte. Spätere Anfälle von Retentio urinae wurden durch warme Bäder und Kathetereinführung behoben. Zwei Jahre nach gescheheer Verletzung wurde der Kranke ins St. Barthol. Hosp. gebracht, wo Paget die Lähmung der untern Extremitäten bereits geschwunden fand, im Uebrigen folgenden Zustand konstatirte:

Patient litt an fortwährendem Harnträufeln, das Perineum erschien sehr hart, geschwollen, in seiner Mitte befand sich eine Fistel, die aber nicht direkt nach der Blase führte; Paget konnte einen Katheter (Nr. 5) einbringen, fühlte jedoch deutlich, dass er damit nicht in die rechte Blase kam, sondern auf einen Widerstand stiess. Dem Abfluss des Urins ging eine Entleerung von Eiter voraus und P. entschloss sich zum Perinealschnitt. Nach Einführung einer gefurchten Sonde führte er einen Schnitt genau in der Mittellinie und trennte die hier entgegentretende, harte, knorpelartige Masse; mittels einer starken Sonde gelang es ihm von diesem Schnitte aus den Blasentheil der Harnröhre aufzufinden; durch einen an Stelle der Sonde eingeführten Katheter floss der Urin frei ab, zum Beweis, dass man die wirkliche Blase erreicht hatte, da der flüssige Inhalt des Sackes bei Beginn der Operation entleert worden war. Ein elastischer Katheter (Nr 8) wurde durch den Penis bis an die Wunde und von hier aus neben dem früher eingebrachten bis in die Blase geleitet und eine ganze Woche liegen gelassen. Hierauf wurde die Einführung des Katheters täglich wiederholt und eine Stunde lang liegen gelassen; durch die Wunde kam nur noch wenig Urin und 7 Wochen nach der Operation ging derselbe ganz durch den richtigen Weg und Patient wurde geheilt entlassen.

Der mitgetheilte Fall gehört zu den schwierigsten Harnröhrenstrikturen; Beckeninhalt und Urethra hatten eine bedeutende Verletzung erlitten und in Folge derselben hatte sich zwischen Blase und Schambein ein grosser Sack gebildet, in welchen fortwährend Urin austrat. Obschon es möglich war Katheter in entsprechender Länge einzuführen, so gelangten dieselben doch nicht in das eigentliche Harnreservoir, sondern in diese „falsche Blase“. Der nur schwierig ausführbare Perinealschnitt erwies sich als sehr vortheilhaft. — (Ueber die Fraktur des Beckens finden wir in dem betreffenden Aufsatze keine weitere Bemerkung. *Der Referent.*)

Ligatur der Carot. ext. und commun. an Einem Tage vollführt bei einem viermonatlichen Kinde; von Bertherand. (Gazette des Hôpitaux Nr. 135. 1860.)

Die Frau eines Arbeiters kam den 14. Mai vorigen Jahres zu B., um ihn wegen einer Geschwulst am Kopfe ihrer 4½ Monat alten Tochter um Rath zu fragen. Der Tumor occupirt, die linke Kopfhälfte erstreckte sich von der Höhe der Augenlider über die fossa temporalis bis zum Niveau der sutur. fronto-temporalis, senkte sich von dort allmälig nach abwärts bis zur Protuber. occip, extern. Er war leicht zusammendrückbar, von violetter Farbe, gelappt. Die aufgelegte Hand nahm mit dem Pulse isochronische Schläge wahr. — In der regio parotid. befand sich ein zweiter nussgrosser Tumor.

Die Mutter gibt an, dass das Leiden mit einem angebornen Fleck begann, der aber während der ersten Monate stationär blieb, als er sich plötzlich in den letzten 14 Tagen mit erstaunlicher Schnelle bis zur jetzigen Grösse entwickelt hatte.

Aus dem angeführten Charakter der Geschwulst war die Diagnose mit Leichtigkeit zu stellen, und aus den raschen Fortschritten, die sie machte, die Indikation einer schnellern radikalen Abhilfe ersichtlich. B. wählte, um ihr zu genügen, die Unterbindung der carot. comm., nachdem er die Mutter darauf aufmerksam gemacht hatte, dass dieses Verfahren zwar höchst gefahrvoll, aber das einzige auch wäre, von dem sich Rettung für das Kind erwarten liesse.

Es stellte sich nun dem Operateur die schwierige Lösung der Frage entgegen, ob die Unterbindung an der Carotis extern., in deren Gebiet der Tumor sich auszubreiten schien, oder an der carot. comm. vorgenommen werden sollte. Obwohl B. gleich Anfangs es beargwohnte, dass die carot. ext. allein das Ausgangsgebiet des Tumors wäre, entschloss er sich dennoch, sie zuerst zu unterbinden, und um die carot. comm. nur dann eine Ligatur zu legen, wenn sich dies im Laufe der Operation als nothwendig herausstellen sollte.

Die Operation wurde unter der Chloroformnarkose ohne üble Ereignisse vollzogen Im Augenblick, wo die erste Ligatur die Carot. zusammenschnürte, sah man, wie das Aussehen der Geschwulst sich plötzlich änderte; sie wurde welk, verlor ihre Farbe und Consistenz. Das Kind nahm beim Erwachen die Brust und zeigte kein Symptom eines Cerebralleidens. Bei der Abendvisite bemerkte aber B. zu seiner grössten Enttäuschung, dass die Geschwulst wieder in ihrer vorigen Beschaffenheit hergestellt war, wahrscheinlich mit Hilfe der Anastomosen, die zwischen der art. ophth. und dem Antheil des Tumors, der sich an den Augenlidern befand, existiren mussten. B. schritt nun ungesäumt zur Unterbindung der Carot. comm., die so glücklich wie die erste Operation vollzogen wurde, ohne dass Gehirnerscheinungen auftraten; es zeigt sich diessmal aber nicht jene rasche Aenderung in dem Tumor, die nach der ersten Ligatur so auffällig war. An den folgenden zwei Tagen stellte sich nur ein geringes Fieber ein; die Geschwulst erblasste allmälig, welkte dahin, und nach 4 Wochen war die Heilung eine vollständige.

Von Wichtigkeit in dieser Mittheilung sind folgende Punkte:

1. Es ist dies der erste Fall von Heilung in einem so frühen Alter. Alle Ligaturen der Carot., die in diesem Alter oder früher vollzogen wurden, endeten mit dem Tod.

2. Die rasche Veränderung des Tumors nach der Ligat. der Car. ext. und die nur allmälige nach der Carot. comm. erklärt sich daraus, dass jene mit dem Tumor direct diese nur auf dem Wege capillärer Anastomosen in Verbindung stand.

Eindringen von Cilien in die vordere Kammer; von Prof. von Gräfe. (Archiv für Ophthalmologie VII. 2. Abth. 1860.)

Das Vorkommen von Härchen in der vordern Kammer ist bereits öfter beobachtet worden (Ruete, B. Langenbeck). Nach Gräfe sind Härchen, die frei in der vordern Kammer liegen, stets als eingedrungen zu betrachten, und sind von der wirklichen Neubildung von Haaren in dermoiden Säcken wesentlich zu unterscheiden. In der That waren stets perforirende Verletzungen vorausgegangen und nachfolgender Fall unterstützt wesentlich diese Erklärung.

Franz W., Schlosser von 23 Jahren, erlitt am 6. Juni d. J. eine Verletzung, indem beim Feilen die Feile aus dem Hefte, und die Angel (das im Hefte befindliche Ende) ins Auge flog. 3 Stunden nach dem Unfall kam er zu Gräfe; dieser fand eine gerissene, perforirende Wunde der Cornea fast am äussern, untern Rande und diesem parallel, 3''' lang, den obern Wundlappen schon in ausgedehntem Umfange grau infiltrirt, einen schmalen Irisvorfall im mittleren Theile der Wunde, ziemlich reichliches Blut in der vordern Kammer, Sehvermögen entsprechend (zählt Finger). v. Gr. verordnete Atropin-Einträufelungen, Druckverband und ableitendes Verfahren. Am 8. Juni war die Hornhautinfiltration mehr umschrieben, näher gegen den Wundrand, das Blut aus der vordern Kammer verschwunden. Nun gewahrte man in den letztern zwei Cilien, beide vertikal gerichtet, den dicken Theil nach oben, die Spitze nach unten; die stärkere derselben stemmt sich mit ihrem dicken Ende oben zwischen Cornea und Iris ein, halbirt ungefähr die Pupille, deren Spitze verbirgt sich hinter dem noch infiltrirten Wundrand, die zweite feinere und kürzere, tangirt den äussern Pupillarrand und schwankt etwas im Kammerwasser. Nach Ablauf von 5 Wochen konnte Pat. entlassen werden. Die Hornhautnarbe fiel schmal aus, die Pupille war nur wenig verzogen, Sehvermögen gut. Die gröbere Cilie hatte vollkommen ihren Platz behalten, die feinere war durch allmählige Senkung mit ihrem obern Ende an das Pupillargebiet und dann hinter die Iris gerathen, und nur noch bei künstlicher Pupillenerweiterung sichtbar.

G. erklärte sich gegen einen operativen Eingriff, theils weil derselbe keineswegs ohne Bedenken schien, theils weil sich erwarten liess, dass solche Cilien ohne die Integrität des Auges zu gefährden, vertragen werden*). Es stellten sich auch nicht die mindesten Folgen von dem Zurückbleiben derselben ein und zwei Monate nach der Verletzung bediente sich Patient der Augen ohne Rückhalt für seine Arbeit, selbst nach längern Anstrengungen zeigten sich keine Reizerscheinungen.

Wollte man eine solche Cilie entfernen, so würde sie sich, sobald der humor aqueus nach einer Punktion abfliesst, in den Falten der Iris verbergen und vielleicht vollständig unsichtbar werden. Bei der starken Adhaesion ist es unwahrscheinlich, dass die Cilie mit dem ausfliessenden Kammerwasser herausgeschwemmt würde, und weitere Versuche, sie zu fassen, waren wegen der grossen Gefahr der Verletzung der Iris, eventuell des Linsensystems nicht zu wagen.

* Dr. Pagenstecher aus Elberfeld beobachtete einen Patienten, bei dem eine durch eine Verletzung in die vordere Augenkammer vorgedrungene, volle, freie Cilie 10 Jahre lang ohne die mindeste Belästigung sich befand.

Ueber Conjunctivitis purulenta neonatorum; von Desmarres in Paris (Revue de Therapeutique médico-chirurgicale März 1861.)

Während viele Aerzte, wie Scarpa, Dupuytren, Mackenzie, Ricord und Andere behaupten, die Ophtalmia neonatorum entstehe immer in Folge einer Infektion beim Durchgange des Kopfes durch die an akuter oder chronischer Blennorrhoe erkrankte Vagina*), will Desmarres häufig die Beobachtung gemacht haben, dass kranke Frauen Kinder mit vollkommen gesunden Augen gebaren, während umgekehrt, Kinder von Frauen, die vollkommen gesund waren, entweder unmittelbar nach der Geburt, oder einige Zeit später an Ophtalmia purulenta erkrankten.

D. hält die Ursache dieser Erkrankung für unbekannt, ist aber von dem contagiösen Charakter der einmal entwickelten Affektion überzeugt und empfiehlt bei der Behandlung folgendes Verfahren:

Wenn die Erkrankung im ersten Beginne ist, lässt er unter die Augenlider jede Stunde ein Collyrium einträufeln von etwa 2 Gran Argent nitr. cryst. auf 1 Unze Aq. dest; ist der Prozess schon weiter gediehen, so greift er zu einer konzentrirten Solution desselben Mittels, und zwar gebraucht D. etwa eine halbe Drachme Aq. nitr. cryst. auf die Unze Wasser, und wirkt damit kauterisirend. Um die längere Einwirkung des Causticums und die mögliche Verbreitung desselben auf die Cornea zu vermeiden, lässt D. unmittelbar nach der Anwendung desselben mit einer schwachen Salzlösung das Auge abspülen, wodurch das salpetersaure Silberoxyd sich sogleich in Chlorsilber verwandelt.

Die ersten zwei Tage lässt D. nach 8 Stunden die Kauterisation wiederholen, später nach 24 — ja selbst 48 Stunden.**)

Den gebildeten Schorf empfiehlt D. mit einem Linnen wegzustreichen; die dadurch entstehende Blutung verhütet ein übermässiges Anschwellen der Lider nach der Kauterisation.

Wenn Ulceration oder Lockerung der Cornea beginnt, widerräth D. die Kauterisation, weil die Erfahrung lehrt, dass in solchen Fällen die Kauterisation zur Zerstörung der durch das Uebel bereits ergriffenen Hornhautpartien führt. In solchen Fällen zieht es D. vor, wiederholte Scarificationen der Konjunktiva zu machen, Purganzen zu verabreichen, ein schwaches Alauncollyrium anzuwenden und sehr fleissige Reinigung der Augen vorzunehmen.

---

*) Prof. Arlt ist bekanntlich derselben Ansicht. (*Der Referent.*)

**) Prof. Arlt's Anwendungsmethode ist Folgende: Eine Lösung von 5—10—15 Gran salpetersaurem Silberoxyd auf eine Unze dest. Wassers wird zum Bestreichen der innern Fläche der Lider vom Rande bis zur Uebergangsfalte mittelst eines Pinsels verwendet. Hierauf spült man die Liderhaut mit reinem, lauem Wasser gut ab. So lange der darauf folgende Schmerz heftig ist, soll sich der Kranke kalte Ueberschläge machen, oder die Augen mit kaltem Wasser wiederholt benetzen. Die Anwendung der Kochsalzlösung bleibt nur für den Gebrauch des mitigirten Lapis beschränkt. (*Der Referent.*)

Zur Iridektomie bei Glaucom (Vortrag in der Gesellschaft für wissenschaftliche Medizin in Berlin); von Dr. Schweigger — Deutsche Klinik Nr. 52. 1860).

Der mechanische Eingriff der Iridektomie bei glaucomatösen Prozessen ist nicht gegen das primär erkrankte Organ gerichtet; der therapeutische Effekt der Iridektomie in diesen Fällen, gab daher Veranlassung zur Vermuthung, dass nicht die Iridektomie das wirksame Agens sei, sondern dass vielmehr gleichzeitig durch den Operationsmechanismus noch andere wirksame Eingriffe erzweckt werden. — v. Gräfe hat zuerst die Möglichkeit angedeutet, dass die Exzision eines Irisstückes durch Entspannung des Tensor chorioideae Druckverminderung herbeiführe. (Arch. für Ophth. III, 2., p. 554.)

Schweiger hat konstatirt, dass die Iridektomie nothwendig mit Durchschneidung der Sehne des Tensor chorioideae verbunden sein müsse, wenn die Iris, Gräfe's Vorschrift gemäss bis zur Ciliarinsertion exzidirt wurde, wenn die innere Wunde gerade an die Grenze der Hornhaut und Sclera fällt und hat die Frage angeregt, ob nicht eine Tenotomie des Tensor chorioideae dieselbe Wirkung haben müsste.*)

Ob nun die Iridektomie, wie sie in praxi geübt wird, wirklich mit einer entsprechenden Tenotomie des Tensor chorioideae verbunden ist, konnte nur durch die anatomische Untersuchung von Augen entschieden werden, an welchen bei Lebzeiten die Iridektomie ausgeführt worden war. Sch. hatte nun Gelegenheit ein solches Auge zu untersuchen. Im Archiv für Ophth. (Bd. V. 1, p. 136) hat Prof. v. Gräfe einen Fall von plötzlicher Erblindung durch Embolie der Arteria centralis retinae beschrieben, dem Patienten wurde damals eine Iridektomie gemacht, in der Hoffnung durch Herabsetzung des intraokulären Druckes günstig auf die Herstellung eines collateralen Kreislaufes einzuwirken. Im Laufe des vergangenen Sommers unterlag Patient seiner Herzaffektion, Sch. gelangte in den Besitz des betreffenden Auges und überzeugte sich von folgendem Befunde:

Die lineare Hornhautnarbe war deutlich erkennbar, sie verlief von aussen nach innen zuerst etwas schräg nach vorn geneigt, bald aber rechtwinklig auf die Fläche der Hornhaut und durchtrennte die Membrana Descemetii ungefähr 0.5 Mmtr. vor ihrem Uebergang in das Lig. pectinatum. Die Wunde der Descemet'schen Membran war nicht vereinigt, die beiden Wundränder der Membran standen ganz unverändert einander gegenüber. Die Entfernung der innern Wunde bis zur Ciliarinsertion der Iris betrug ungefähr 1 Mmtr., eben so viel musste also auch das stehengebliebene Irisstück gemessen haben; dieses war indessen verschrumpft bis auf etwa 0.4 Mmtr. Der Defekt in der Iris war etwas breiter als die Hornhautwunde.

Das Resultat der Untersuchung war somit:

Die Iris war nicht bis zu ihrer Ciliarinsertion exzidirt; die innere Hornhautwunde fiel nicht an die Grenze der Cornea und Sclera, sondern etwa 0.5 Millimètre weiter nach vorn; natürlich war

---

*) S. „Revue der Wiener Med. Halle“ Jahrg. 1860, Seite 62. „Ueber den therapeutischen Effekt der Iridektomie; von Dr. Schweiger.“

nun auch die Sehne des Tensor chorioideae nicht durchschnitten. Hiebei ist noch hervorzuheben, dass in diesem Falle die Schwierigkeiten, welche sich der Anlegung recht peripherischer Hornhautwunden bei Glaucom entgegensetzen, nicht vorhanden waren, indem hier die Iridektomie bei ganz normalen Verhältnissen der vordern Kammer verrichtet werden konnte, wodurch es um so unwahrscheinlicher wird, dass die Iridektomie, wie sie bis jetzt in praxi geübt worden ist, mit einer Tenotomie des Tensor chorioideae verbunden gewesen. Der therapeutische Effekt der Iridektomie bei Glaucom muss demnach eine andere mechanische Erklärung finden und Sch. empfiehlt für die Fälle von akutem Glaucom, bei denen die Iridektomie rechtzeitig angewendet, gerade die glänzendsten Resultate gibt folgende sehr einfache Argumentation:

Der Sphincter der Iris und mit ihm der Theil der elastischen Elemente derselben, welche in demselben Sinne wirken, finden ihr kontinuirliches Gegengewicht an der peripherischen Befestigung der Iris am Corpus ciliare. Jede Kontraktion der Iris ist deshalb mit einem entsprechenden Zug am Corpus ciliare verbunden. Durch die Exzision eines Irisstückes wird demnach eine dem Verluste an muskulären und elastischen Elementen entsprechende Herabsetzung des auf das Corp. ciliare wirkenden Zuges erreicht.

Hochgradige blennorrhoische Augenentzündung auf beiden Augen; Heilung durch Aetzmittel; von Müller in Baden. (Aerztliche Mittheilungen aus Baden 1861.)

Der Zimmermann S. hatte sich eine Gonorrhoe zugezogen, welche bald darauf auch seine Augen ergriff (ohne übrigens die Harnröhre zu verlassen, sagt Verf. eine Bemerkung, die uns ganz überflüssig erscheint, da es doch Niemanden einfällt, die blennorrhoische Augenentzündung als Metastase zu betrachten. Ref.)

Als Verf. den Kranken zu Gesichte bekam, dauerte der jetzt wahrhaft verzweifelte Zustand schon mehrere Wochen. — Beide Augen waren hoch verschwollen, blauröthlich aufgewulstet, zwischen der Augenlidspalte ein gelblicher Schleim. Beim Umstülpen der Augenlider war die Conjunktiva palpebr. und bulbi hochroth wie Scharlachsammt, stark gewulstet, beide Corneae (?) von den Wülsten bedeckt, graulich matt bis in's obere Drittheil infiltrirt, nach unten etwas vorgetrieben, so dass man baldige Perforation fürchten musste. — Allsogleich überzog Verf., wie er dies bei v. Gräfe gesehen hatte, die ganze Konjunktiva mit Höllenstein in Substanz, wusch mit Salzwasser den Höllenstein wieder ab, und liess Eisüberschläge machen. Dies wurde mehrere Tage wiederholt, dann der Silbersalpeter — ein Theil Höllenstein mit zwei Theilen Salpeter zusammengeschmolzen — in eben solcher Weise applizirt, und wurde glücklicherweise schon nach acht Tagen eine bedeutendere Besserung bemerkt. Es wurden über acht Wochen die Aetzungen fortgesetzt, dann eine Lösung von 40 Gran Höllenstein auf die Unze eingestrichen, was gar keine grossen Schmerzen mehr verursachte. Längere Zeit hatte man noch in beiden Konjunktivalfalten mit warzenartigen Wülsten zu kämpfen, die aber auch nach und nach wichen; die Hornhäute sind bis auf kleine Flecken wieder hell, so dass Patient ganz gut lesen und schreiben kann.

Verf. ist fest überzeugt, dass hier ohne Aetzmittel die Augen verloren gewesen wären.

Die Krankheiten des äusseren Gehörganges; von Dr. von Tröltsch (Würzburger mediz. Zeitschrift, 2. Bd. 1. Heft 1861).

Von den Krankheiten des äusseren Gehörganges unterscheidet Verf. die Anomalien der Sekretion, die Furunkel und die diffuse Entzündung des äusseren Gehörganges.

a) Was die Anomalien der Sekretion betrifft, so kommt die Verminderung der Absonderung des Ohrenschmalzes gewöhnlich nur (in Folge des innigen Zusammenhanges zwischen äusserer Decke und der Haut des äusseren Gehörganges) mit gleichzeitig verminderter Hautthätigkeit vor, und ist von keiner weiteren Bedeutung. — Die Anhäufung von Cerumen im äusseren Gehörgang kann wohl auch Folge von Hyperämie und Druck sein; in den meisten Fällen jedoch fand T. sie bei vermehrter Hautsekretion oder dort, wo mechanische Verhältnisse die Entfernung des Ohrenschmalzes erschwerten. Die Kranken gaben gewöhnlich Jucken, Schmerzempfindung und Schwerhörigkeit an; diese Erscheinungen richteten sich nicht nur nach der Grösse, sondern auch nach der Lage des Pfropfes. Auch kleinere Quantitäten Cerumens können sehr belästigen, wenn sie in der Mitte des Gehörganges eine vollständige Scheidewand bilden oder knapp am Trommelfell liegen. Bei letzterer Lage kommt es überdiess oft zu Schwindel, der sich bei Entfernung des Pfropfes wieder verliert. — Ohrenschmalzpfröpfe kamen nach T. am häufigsten bei alten Individuen vor, theils weil sie da überhaupt Zeit hatten, sich zu entwickeln, theils weil der Collapsus der Gehörgangswände den Ohrkanal nach aussen verengert. Das Leiden führt in manchen Fällen durch Druck allseitige Erweiterung des knöchernen Gehörganges mit Usur seiner Haut, ja hie und da selbst Perforation des Trommelfells herbei. — Behufs Entfernung des Pfropfes räth Verf. Einspritzen lauen Wassers, dem man, wenn der Pfropf ungewöhnlich hart ist, Einträufelungen von warmem Wasser vorhergehen lasse. Durch die Einspritzungen bewege sich oft der Pfropf en masse vorwärts und könne dann mit der Pinzette herausgezogen werden. Nach der Operation lasse man das Ohr einige Zeit durch Watte vor Kälte und grellem Schall schützen.

b) Die Furunkel des Gehörganges schildert Verf. als blassrothe, selten dunkelrothe, verschieden grosse Anschwellungen, welche mit breiter Basis von der Haut des Gehörganges ausgehen und von dieser überzogen werden; sie sind bei Berührung stets sehr schmerzhaft und die Umgebung derselben mehr oder weniger geschwollen. Zuweilen kommen auch mehrere solcher Anschwellungen neben einander vor. Die subjektiven Erscheinungen sind verschieden, je nach der Dehnungsfähigkeit der Stellen, an denen solche Furunkel sitzen. — Zertheilung, bevor es zur Eiterung gekommen wäre, hat T. seltener beobachtet; gewöhnlich spitzt sich ein solcher Abscess zu einem verdünnten, gelblichen Punkte zu, der nach 4—6 Tagen aufbricht und einige Tropfen dicklichen Eiters und einer fetzigen oder flockigen Masse entleert, wo dann die lästigen Erscheinungen sofort verschwanden. Die Prognose bezeichnet

daher Verf. bei diesem Leiden als eine durchaus günstige, bemerkt aber zugleich, dass die Betroffenen durch die häufigen Rezidiven oft Jahre lang gequält zu werden pflegen. — Zur Linderung der Schmerzen empfiehlt Verf. für leichtere Fälle fleissiges Füllen des Ohres mit warmem Wasser, oder wo die zu grosse Schwellung dies verhindert, kleine Kataplasmen und warme Dämpfe auf's Ohr. Wo aber die Erscheinungen bedeutende sind, räth Verf. sogleich, ohne die Eiterung abzuwarten, einen tiefen, genügend langen Einschnitt zu machen, gleich darauf das Ohr mit warmem Wasser auszuspritzen und dann noch einige Zeit feuchte Wärme anwenden zu lassen, damit die Anschwellung vollständig zurückgehe. Verf. bediente sich zu dieser Operation eines schlanken, spitzzulaufenden feinen Bistouris mit langem Stiele, dessen Griff am andern Ende einen Daviel'schen Löffel trägt, den man, wo es nöthig ist, zur Entleerung des Eiters, und bei ausgebreiteter Schwellung der Gehörgangswände, zur Ermittlung des Sitzes des Furunkels benützen kann. Endlich, empfiehlt Verf., da gewöhnlich nach einem Furunkel vermehrte Absonderung von Epidermis und Cerumen stattfindet, längere Zeit hindurch nach der Operation das Ohr von Zeit zu Zeit mit lauem Wasser ausspritzen zu lassen.

c) Die diffuse Entzündung des äussern Gehörganges, Otititis externa entsteht nach Verf. durch Kälte, reizende Substanzen und traumatische Einwirkungen, dann ex contiguo bei akuten und chronischen Hautkrankheiten und endlich auch, insbesondere bei Kindern, ohne dass man einen Grund nachweisen kann. Verf. nimmt eine akute und chronische Form an. Bei der akuten klagen die Kranken über Jucken, Hitze und Trockenheit im Ohre und später über Schmerzen, die bei jeder Berührung des äusseren Gehörganges, ja sogar bei Erschütterungen des Körpers und fast constant auch in der Nacht zunehmen. Der Schmerz ist gewöhnlich ein bohrender, reissender und erstreckt sich meist auch auf die Umgegend des Ohres. Die Beeinträchtigung des Gehörs richtet sich nach der Affektion des Trommelfelles. Die Inspektion des äussern Gehörganges zeigt Injektion, Schwellung und Röthung der äusseren Auskleidung derselben, vorzüglich am Trommelfell und in dessen Nähe, da weiter nach aussen die durchtränkten und erweichten Epidermisschichten jene Erscheinungen verdecken. Nach 2—3 Tagen tritt nun die Exsudation ein, in Form eines Anfangs hellen, später schleimartigen, endlich gelblich eiterigen Ohrenflusses oder einer sehr reichlichen Desquamation, so dass der ganze Gehörgang mit weisslichen durchfeuchteten Lamellen erfüllt ist. Die subjektiven Erscheinungen haben in diesem Stadium gewöhnlich bereits abgenommen. Die Inspektion zeigt, nach mit Schonung vorgenommener Entfernung des Sekretes, die Wand des Gehörganges stark aufgelockert und geschwellt, an manchen Stellen, wo nämlich der Epidermisüberzug fehlt, gleichmässig rothe, gewulstete Flächen, ähnlich einer granulirenden Wundfläche oder einer blennorhoischen Konjunktiva, oft mit einzelnen Epidermisklümpchen oder mit einer dünnen Eiterschichte bedeckt.

Bei der chronischen Form der Otititis externa sind nach T. die subjektiven Symptome so gering, dass häufig erst das Nässen des Ohres auf das Leiden aufmerksam macht und der Kranke, wenn sich nicht schmerzhafte subakute Nachschübe einstellen, nur an Ohrenfluss und einer gewissen Schwerhörigkeit leidet. – T fand hiebei gewöhnlich den Gehörgang mässig geschwellt, theilweise mit eiterigem Sekrete bedeckt, an den Wänden bräunliche Krusten von vertrocknetem Sekrete und verändertem Cerumen; das Trommelfell geröthet, abgeflacht, seine Cutisschichte verdickt. Das Sekret, von sehr verschiedener Quantität, meist gelblich, übelriechend, die Haut um das Ohr anätzend. Als Folgen dieses Leidens, welches am häufigsten bei Kindern vorkommt und sich nicht selten aus der akuten Form entwickelt, beobachtete T. Perforation des Trommelfelles Periostitis, Caries und Necrose der betreffenden Schädelknochen, Entzündungen der Venen der Hirnhäute und des Gehirnes; in den meisten Fällen jedoch, wo die Entzündung auf den äusseren Gehörgang beschränkt blieb, sah er Heilung eintreten, wiewohl sehr oft mit Zurückbleiben von Störungen des Gehörs.

Bei der akuten Form und bei subakuten Nachschüben der chronischen Form empfiehlt Verf. eine entschieden antiphlogistische Behandlung: Ruhe, strenge Diät, salinische Abführmittel, 2—4 Blutegels vor und an die Ohröffnung gesetzt. Gegen den Schmerz ferner öfteres Füllen des Gehörganges mit lauwarmem Wasser; bei eingetretener Eiterung Lage auf der leidenden Seite, damit der Eiter leichter abfliesse, Ausspritzen des Ohres (2 — 4 Mal täglich) mit lauem Wasser, Einlegen von langen dünnen Charpiebündelchen, die möglichst oft erneuert werden und zur Beschränkung der Sekretion schwache Lösungen von Alaun, essigsaurem Blei, schwefelsaurem Kupfer oder Zink, mit denen man den Gehörgang anfüllt, nachdem er gereinigt wurde.

Die Anwendung trockenwarmer oder feuchtwarmer Tücher verwirft T. ebenfalls, erstere, weil sie nur momentan den Schmerz lindern und sich nachher die entzündlichen Zufälle meist sogar verschlimmern. Vor letzteren warnt Verf. besonders bei tieferen Entzündungen des Ohres, weil sie, trotz ihrer ausgezeichnet beruhigenden Wirkung leicht profane und langwierige Eiterung und umfangreiche Erweichungszustände herbeiführen. — Einträufelungen von Oel hält er wegen des leichten Ranzigwerdens desselben für schädlich; dem Glycerin endlich räumt er vor dem lauen Wasser nicht den mindesten Vorzug ein.

V. Geburtshilfe, Gynaekologie und Paediatrik.

Zur Diagnose der Nabelschnur-Verkürzung; von Devilliers. (Archiv. gen. de méd., Dezember 1860).

Die Diagnose der Kürze der Nabelschnur, sei sie in ihrer Bildung bedingt oder durch Verschlingung entstanden, ist für den Arzt

von Wichtigkeit, da sie den Geburtsakt erschweren und zu therapeutischen Eingriffen auffordern kann. — Die Erkenntniss dieses Sachverhältnisses ist aber eine sehr schwierige und alle für dieselbe angegebenen Zeichen bewähren sich in der Praxis nicht. D. stellt nun folgende Anhaltspunkte auf: Bei zu kurzer Nabelschnur tritt, wenn sie durch Verschlingung entstanden, gegen Ende der Schwangerschaft eine plötzliche Verminderung der Kindesbewegungen ein, bei ursprünglicher Kürze werden während der ganzen Schwangerschaft nur sehr geringe Kindesbewegungen wahrgenommen. Zuweilen stellen sich vorzeitige Uterinschmerzen ein; während der Geburt bleibt, trotz normaler Beckenformation und Kindeslage ein hoher Stand des *Fundus uteri* bemerklich, und zeigen die Uteruswände eine Rigidität und Spannung, die selbst in den Intervallen zwischen den Wehen hervortritt und erst mit der Expulsion des Kindes ihr Ende erreicht. Die Kreisenden klagen zuweilen über einen während der Kontraktionen des Uterus fühlbaren fixen Schmerz an irgend einem Punkte des Gebärmuttergrundes. Bei verschlungener Nabelschnur hört man das Nabelschnurgeräusch, namentlich nach erfolgtem Blasensprung, sehr deutlich an einem oder mehreren Punkten des Uterus. Der Geburtsakt schreitet, ohne anderweitiges Hemmnis, sehr langsam vor und die Wehen werden allmälig schwächer; die letzten Wehen nehmen einen äusserst schmerzhaften Charakter an, oft erfolgt das Ende des Geburtsaktes in sehr plötzlicher Weise.

Zur Beseitigung der mit Verkürzung der Nabelschnur verbundenen Gefahren empfiehlt D Einreibung von Extr. Bellad. an dem Gebärmutterhals und, sobald es möglich, Lösung der Verschlingungen, oder, wo sich diese nicht ausführen lässt, Durchschneidung der Nabelschnur mittelst des Nagels oder eines Instrumentes, wobei man das fötale Ende zusammenpresst, um Hämorrhagie zu verhüten. Die Wendung verwirft D. als irrationell und gefährlich und giebt der Zangen-Extraktion den Vorzug.

Von der natürlichen und zufälligen Kürze des Nabelstranges als Ursache einer fehlerhaften Präsentation der Frucht zur Zeit der Geburt; von M. Demeaux (Gazette des Hopitaux Nr. 17. 1861).

D. fand, dass die Umschlingung der Nabelschnur um den Hals des Kindes sehr häufig mit einer regelwidrigen Präsentation desselben coinzidire. Da man der Häufigkeit des Zusammentreffens beider Verhältnisse wegen nicht an einen Zufall glauben kann, so lenkte D. seine Aufmerksamkeit auf den Zusammenhang derselben und fand, dass die Kürze des Nabelstranges die Ursache der fehlerhaften Präsentation des Fötus wäre. Wie dies zu Stande kommt, ist aus Folgendem ersichtlich.

Die Kürze ist eine natürliche oder zufällige. In erstem Falle begreift man, dass, wenn bei etwas umfangreicheren Bewegungen

der Hals in eine Nabelschnurschlinge gelangt, der Kopf in der Höhe erhalten wird und ein anderer Theil sich vorlagern muss. Dasselbe kann aber auch bei einer Nabelschnur eintreten, die sehr zahlreiche Windungen um den Körper des Kindes macht, so dass das relativ sehr kurze freie Stück dem Kopfe nicht mehr gestattet, sich nach abwärts zu lagern.

Obwohl es dem Arzte nicht möglich ist, die Kürze des Nabelstranges vor dem Beginn der Geburt zu erkennen und selbst nach der Diagnose desselben eine Abhülfe bisher nicht recht denkbar ist, so ist die Kenntniss dieser wechselseitigen Beziehung zwischen Nabelschnur und Kindeslage dennoch von grosser praktischer Wichtigkeit, deren Gefahren stets dem Geburtshelfer vor Augen schweben müssen, wenn er die Unregelmässigkeit in der Stellung der Frucht nicht in einer fehlerhaften Beschaffenheit des Beckens der Mutter begründen kann.

Vollständige Inversion des Uterus nach einem Abortus im vierten Schwangerschaftsmonate, Reposition nach sechs Tagen; von Woodson (Americ. Journ. of. Med. Sciences. Oktober 1860.)

Die Patientin wurde im vierten Monate der Schwangerschaft ziemlich entfernt von ihrer Wohnung beim Waschen von Wehen überrascht. Da die Frucht schnell aus der Vagina vortrat, ehe die Frau ihre Wohnung erreichen konnte, so erfasste sie in ihrer Aufregung dieselbe und riss sie vollständig aus den Geschlechtstheilen hervor. In Folge dessen trat die Gebärmutter mit der adhärirenden Placenta zu Tage, ward aber von der Kranken in die Scheide zurückgebracht, nachdem die Nachgeburt zum grössten Theile leicht von ihr entfernt werden konnte. — Gefährliche oder nur bedrohliche Symptome scheinen zunächst nicht eingetreten zu sein, wenigstens wandte sich die Kranke erst am fünften Tage nach dem Unfalle an den Verfasser. Dieser fand den Uterus mit nach unten gekehrtem Fundus in der Vagina; er hatte den Umfang einer grossen Birne; ein in Fäulniss begriffener Theil der Placenta adhärirte ihm noch. Ein Versuch zur Reposition mit der Hand misslang wegen der dadurch verursachten Schmerzen. Verf. verordnete warme Vaginalinjektionen und Opiate, führte am nächsten Tage durch das Speculum ein der Uterinsonde ähnliches, mit einer kleinen Kugel an der Spitze versehenes Instrument gegen die tiefste Stelle des umgestülpten Gebärmuttergrundes und drückte diesen einige Zeit anhaltend damit nach oben. Anfänglich gab das Gewebe des Fundus nur sehr wenig nach, plötzlich indess ging der ganze Tumor mit einem Rucke in die Höhe, so dass die Sonde 2½—3 Zoll aufwärts dringen konnte. Die Kranke fühlte sich hierauf sehr erleichtert, frei von Schmerzen und erholte sich relativ schnell. — In Bezug auf etwaige Blutung wird erwähnt, dass solche von Anfang an vorhanden, aber zu keiner Zeit bedeutend gewesen sei.

Rigidität des Muttermundes; von Dubois. (Gazette des Hôpitaux Nr. 20. 1861.)

D. unterscheidet eine zweifache Rigidität des Uterus. Die eine ist in einer krampfhaften Kontraktion des Orificiums begründet und charakterisirt sich durch eine namhafte Temperaturserhöhung der Vagina und des collum uteri; die zweite bezeichnet D. als eine me-

chanische Rigidität, die viel seltener als die spasmodische vorkommt.

Gegen die krampfhaften Kontraktionen des Muttermundes wendet Pajot bei rüstigen Frauen Aderlässe an. Chaussier liess Belladonnasalbe einreiben, ein Verfahren, zu dem D. wenig Zutrauen hat, und dem er, wenn es erfolglos blieb, die Inzisionen des Mutterhalses folgen lässt. D. vollführt die Operation, indem er früher Blase und Mastdarm der Frau entleeren lässt, und bringt sie in die Lage, in der man den Forceps anzulegen pflegt. Hierauf lagert der Geburtshelfer die am meisten gespannte Partie auf einen Zeigefinger, der zugleich als Leiter für ein geknopftes Bistouri dient, das auf 1—2 Centim. von der Spitze mit Leinwand umwickelt wird. Die Tiefe des Einschnittes kann 1—3 Centim. betragen; es wird hierbei höchst wenig Blut vergossen und die Geburt geht ohne weitere Störung vor sich.

In den Fällen von mechanischer Rigidität räth D., ungesäumt zu den Inzisionen zu schreiten, ohne sich erst mit andern Versuchen abzumühen.

Dass übrigens die Natur in vielen Fällen sich selbst ohne jede weitere Intervention von Seiten des Accoucheurs zu helfen vermag, beweist ein von Gyoux mitgetheilter Fall, indem die Geburtswehen eine Resistenz des Muttermundes überwanden, welche eine Verzögerung der Geburt von drei Tagen zur Folge hatten. Ist die Erweiterung des Muttermundes schon ziemlich vorgeschritten, so ist es zur Ueberwindung des Restes von Widerstand, den noch die Rigididät zu leisten im Stande ist, oft heilsam die Blase zu sprengen, indem der vorliegende Kopf die vollständige Erweiterung leichter bewirkt als die Fruchtblase.

Die hier betrachtete Resistenz des Muttermundes ist unter der Aufsicht des Geburtshelfers meist gefahrlos; sich selbst überlassen, ist es nicht selten, dass sie zu Rupturen führt, die schliesslich mit dem Tode enden.

Ein Fall von Placenta praevia mit unglücklichem Ausgang; von Wegscheider. (Monatschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten. 15. Bd. 1860.)

Die gegenwärtige Schwangerschaft der 34 Jahre alten Frau ist die achte. Die vorausgegangenen 7 Geburten verliefen ohne Störung. Vierzehn Tage vor dem jetzt erwarteten Ende der Schwangerschaft zeigten sich unbedeutende Blutungen, die ein herbeigerufener Arzt als Folgen einer vorhandenen Placenta praevia erkannte. Als am 29. September eine fulminante Blutung auftrat, wurde auch W. gerufen, der bei der Untersuchung die Vagina mit Btutkoagula gefüllt, die Portio vaginalis $1/2$ Zoll lang und in dem noch wenig erweiterten Muttermund die Placenta fand.

Der Bauch war der Angabe der Mutter gemäss, diesmal viel voluminöser als in ihren früheren Schwangerschaften, rechts waren kleine Kindestheile, links etwas unten der Kopf deutlich zu fühlen, Foetalpuls um dem Nabel zu hören, woraus W. auf eine Querlage schloss.

W. ordnete einen Colpeurynter an. Durch fünf Stunden trat jedoch keine nahmhafte Veränderung ein. Die Geburtswege bereiteten sich aber endlich vor,

die bisher schwachen Wehen nahmen in der letzten halben Stunde der seit der Anwendung des Colpeurynters verstrichenen Zeit zu, worauf abermals Blut abzugehen begann. Der Puls der Patientin stieg auf 120. Eine mit der rechten Hand vorgenommene abermalige Untersuchung bestätigte die Ergebnisse der ersteren, die Placenta war vollständig unter dem thalergrossen Muttermund gelagert, der Rand derselben nirgends erreichbar, in der linken Mutterseite war sie bis auf 5 Linien von der inneren Uterusfläche abgelöst. W. nahm sogleich die künstliche Entbindung vor, indem er mit der Hand durch den nachgiebigen Muttermund in den Uterus einging, die Placenta bis auf 3 Zoll löste, dann die Blase sprengte; als er hierauf die linke Hand und den linken Fuss vorliegend fand machte er sogleich die Wendung auf den letzteren. Diese ganze Operation nahm nicht mehr als $1\frac{1}{2}$ Minuten in Anspruch und war nur mit sehr geringem Blutverluste verbunden; nichtsdestoweniger trat zwei Minuten nach vollbrachter Wendung plötzlich der Tod der Mutter ein. Das Kind wurde nicht ganz ohne Anstrengung todt extrahirt. Die Placenta war gross, dick unversehrt.

W. sucht nun die Erklärung dieses unerwarteten Ablebens der Mutter in einer Anämie des Gehirns, die trotz des geringen Blutverlustes eingetreten sein mochte. Bestärkt wurde er in dieser Ansicht durch die Sektion, welche eine Verfettung des Herzfleisches nachwiess.

Sehr merkwürdig ist der noch nirgends beobachtete Umstand, dass, trotz des kompleten Aufsitzens der Placenta, die Schwangerschaft bis zu Ende durchgemacht wurde und Blut erst in den letzten 14 Tagen abzufliessen begann. W. will den Grund davon in einer durch die 7 vorausgegangenen Geburten und durch das in der gegenwärtigen Schwangerschaft in übermässiger Menge vorhandene Fruchtwasser erzeugten Atonie begründet wissen.

Schliesslich empfiehlt W. den Rath Scanzoni's bei centralem Sitz der Placenta die linke Hand zu wählen, da in der Regel der kleinere Lappen des Mutterkuchens in der rechten Mutterseite sich befindet, und die Kinder meist mit den Füssen gegen dieselbe Seite zu gelagert sind.

Bemerkungen über die Pathologie und Therapie der Placenta praevia, von Donkin (Ed. Med. Journ. Nr. 46, 1859.)

Wir knüpfen an obigen Fall die höchst interessanten Bemerkungen zur Pathologie und Therapie der Placenta praevia von Donkin.

Die Ansicht Simpson's, dass die Blutung bei Placenta praevia aus der Oberfläche des abgerissenen Placentatheiles herrühren, widerlegt er durch den Umstand, dass die Blutung in den Zwischenräumen der einzelnen Wehen stille steht, was nicht sein könnte, wenn die Hämorrhagie aus der Placenta herzuleiten wäre, und dass ferner bei unvollständiger Placenta praevia die Blutung nach Ablösung desjenigen Theiles, der im Cervix aufgesessen war, stille steht. Er will auch den Ausspruch Simpson's, dass die gänzliche Ablösung der Placenta zur spontanen Stillung der Blutung nothwendig sei, nur für jene Fälle gelten lassen, wo die ganze Placenta im Cervix sitzt, während die Blutung auch bei theilweiser Lösung der Placenta sistirt,

wenn nur der im Cervix gelegene Theil gelöst ist, und das übrige Stück seine Adhäsionen am Uterus hat.

D. giebt an der Stelle der von ihm nicht acceptirten Simpson'schen Ansichten folgende Erklärung:

Mit jeder Kontraktion des Uterusgrundes und Uteruskörpers wird der Cervix mechanisch ausgedehnt, wodurch die Placenta von seiner Oberfläche abgelöst wird, und die Gefässe des Mutterhalses, venöse sowohl als arterielle, sich ausdehnen, daher die Blutung. Im Verlaufe aber werden die Fasern so stark gespannt, dass sie die Gefässe komprimiren, daher die Blutung stille steht, wenn der Körper und der Grund des Uterus sich zu contrahiren aufhören.

Nach der Ablösung der Placenta vom Cervix steht die Blutung still, weil zu dieser Zeit der Cervix derart verkürzt ist, dass die Fasern des Gewebes die durch dasselbe laufenden Gefässe zusammendrücken und jede fernere Blutung sistiren. Nach der Geburt der Placenta kann aber wieder keine Blutung entstehen, weil nach D.'s Angabe eine Kontraktion des Cervix eintritt, die abermals die Gefässe komprimirt.

Von diesen Grundsätzen ausgehend, empfiehlt Verf. zur Blutstillung und Beschleunigung der Geburt die mechanische Ausdehnung des Cervix durch eine Schwammwicke. Ergotin und Galvanismus sind aus gleichen Gründen anzuwenden.

Ueber die Anwendung der Elektrizität bei Behandluug der Uterinal-Haemorrhagien; von Dr. Radford in Manchester. (Annales de l'Electricité méd. — Gazette des Hôpitaux. Feber 1861.)

In Fällen von Wehenschwäche und Blutung aus dem Uterus, ebenso auch in einigen Fällen von Placenta praevia wurde die Elektrizität mehrfach empfohlen und angewandt; ferner auch um Gebärmutter-Kontraktionen in Fällen anzuregen, wo es nöthig erscheint die künstliche Frühgeburt einzuleiten. Was die Anwendungsweise betrifft, so hat Kilian eine galvanische Geburtszange konstruirt, und empfohlen, deren Blätter aus ungleichartigen Metallen bestehen. Radford hat vorgeschlagen, einen Pol auf den Bauchdecken über den Fundus uteri anzusetzen und den andern am Muttermunde durch einen Vaginalkonduktor *) anzubringen. Cleveland und Barnes haben beide Pole auf den Bauchdecken angebracht, während Mackenzie darauf besteht, dass es nöthig ist den positiven Pol am Nacken und den negativen am Cervix uteri anzusetzen, wenn man energisch auf die kontraktilen Faserzellen des Uterus einwirken will. Simpson und Scanzoni behaupten in Opposition zu den eben genannten Aerzten, dass der Galvanismus in der Geburtshilfe vollkommen unnütz ist und glauben, dass

*) Dieser ist sieben Zoll lang, hat die nöthige Beckenkrümmung und endigt in einen silbernen Knopf; der Vaginaltheil ist durch einen hohlen Holzschaft isolirt. (*Der Referent.*)

wenn Wehen scheinbar durch dieses Mittel angeregt wurden, diess entweder ein zufälliges Zusammentreffen war oder von dem psychischen Eindrucke herrührte, welchen die Einwirkung eines so ungewohnten Agens auf die Patienten machte, oder dass es durch die mechanische Reizung des Uterus oder der Bauchwände entstand. Mackenzie hat kürzlich Experimente angestellt, welchen jedoch bestätigen, dass „in Fällen von Placenta praevia, in welche heftige Blutungen trotz der Tamponade und anderer Mittel fortbestehen, bevor der Muttermund gehörig erweitert ist, um die Einführung der Hand zu gestatten, und in Fällen von Blutung in den frühern Schwangerschaftsmonaten, welche andern Heilmitteln Widerstand leisten, und welche wegen des engen Zustandes des Muttermundes weder mechanische noch manuelle Eingriffe gestatten, der Induktionsstrom unentbehrlich ist."

Radford empfiehlt auf zahlreiche Erfahrungen gestützt die Anwendung der Elektrizität in der oben angegebenen Weise:

1. In allen Fällen von Uterinal-Haemorrhagien, welche von Entbindungsfolgen und einer Erschlaffung des Uterus nach lang andauernden Geburtswehen abhängen.

2. In allen Fällen von Erschöpfung, hervorgebracht durch Haemorrhagien, welche durch eine Placenta praevia bedingt sind. Man müsse zunächst, bei central über dem Orificium uteri aufsitzender Placenta diese durchbohren, (zu welchem Zwecke R. einen Trokart mit einer Kanüle benützt), nach Abfluss der Amnionflüssigkeit, die Placenta vollkommen entfernen und sodann erst die Elektrizität anwenden. Bei theilweise nur über dem Orificium aufsitzender Placenta genügt in der Regel die Sprengung der Eihäute, um die Haemorrhagie zu beheben und ist nur bei ausnahmsweise fortdauerndem Blutverluste die Elektrizität anzuwenden.

3. In krampfhaften Kontraktionen sowohl, als auch in atonischen Zuständen der Uterinalfasern — endlich

4. als ein sehr geeignetes Mittel die künstliche Frühgeburt einzuleiten.

Zur Lehre von der Transfusion bei Neuentbundenen;

von Prof. Ed. Martin (Memorabilien, Febr. 1861.)

Wo bedeutende Blutung stattgefunden und diese lebensgefährliche Zustände erzeugt hat, und gleichzeitig, sei es durch Magenkatarrh, anhaltendes Erbrechen oder Unfähigkeit des Schlingens, die Unmöglichkeit obwaltet, eine Restauration der Körperkräfte auf dem gewöhnlichen Wege und durch die gewöhnlichen Mittel zu erzielen, da ist die Transfusion vorzunehmen.

Martin bediente sich zur Ausführung der Operation eines flachen, wenig gekrümmten Trokars, dessen Kanüle nach oben trichterförmig erweitert und mit einer Kautschukplatte bedeckt ist und einer Glasspritze (deshalb wichtig, um stets die Beschaffenheit des Blutes, namentlich sein Freisein von Gerinnseln oder Luftblasen, kontroliren zu können). Man wähle Blut von gesunden, sich wohl

befindlichen Menschen, und ziehe das Blut von Weibern dem von Männern womöglich vor. Die Defibrination des Blutes ist zu widerrathen, theils weil viel Zeit darüber verloren geht, theils weil die bisher veröffentlichten Transfusionen mit ungeschlagenem Blute ohne nachtheilige Folgen gewesen sind. In Hinsicht der Menge des zu übertragenden Blutes ist zu rathen, mit kleinen Mengen zu beginnen und wiederholt kleine Quantitäten (etwa 2 Unzen) auf einmal einzuspritzen, auch injizire man langsam. Mehrere sachkundige Gehilfen sind bei der Operation unentbehrlich.

M. legt die V. mediana oder, wenn diese zu klein erscheinen sollte, die V. cephalica oder basilica mittelst eines 1 bis 1½ Zoll langen Hautschnitts blos und schiebt den Trokar in der Richtung nach dem Herzen zu einen halben Zoll in dieselbe ein, während gleichzeitig ein Gehilfe den Aderlass an dem Arme des Individuums, von welchem das Blut entnommen werden soll, ausführt. Indem das Blut in die mit warmem Wasser ausgespülte Tasse strömt, entleert man die Spritze von dem darin enthaltenen warmem Wasser und saugt rasch das frische Blut aus der Tasse auf; ohne Zögern setzt man die Spitze der gefüllten Spritze in die trichterförmige, mit Kautschuk gedeckte Oeffnung des in der Vene stehenden und daselbst von einem zuverlässigen Gehilfen fixirten Trokarröhrchens und schiebt den Stempel langsam vorwärts. Auch M. legt kein grosses Gewicht darauf, wenn einige Luftblässchen mit eindringen; nur der Lufteintritt in der Nähe des Herzens ist gefährlich. Hat der Eintritt an einer vom Herzen entfernten Stelle stattgehabt, so gelangt die Luft, innig mit dem Blute gemischt und erwärmt, in das Herz und bedingt dann keine weitere Nachtheile, wie zahlreiche Versuche an Thieren bewiesen haben. Durch Untersuchung des Pulses und Herzens und Beobachtung der Gesichtszüge überzeugt man sich vom Erfolge. Erholt sich die Kranke nicht von ihrer Schwäche, so wird das Verfahren wiederholt, nachdem man sich überzeugt hat, dass keine Gerinnsel in der Spritze oder im Röhrchen vorhanden sind. Nach der Transfusion muss die Operirte sorgfältig überwacht werden, insbesondere die Venenwunde, und sobald sich nur Spuren von Entzündung an derselben zeigen, muss man Bleiwasserumschläge, Eis etc. appliziren.

Tod nach Behandlung einer Ovarialcyste mit Jodinjektion; von Löwenhardt. (Monatschr. für Geburtskunde und Frauenkrankheiten, Oktober 1860.)

R. 41 Jahre alt, Mutter mehrerer Kinder, kam vor 2 Jahren in die Behandlung von L. wegen einer beträchtlichen Volumszunahme des Bauches, welche sie sonst nicht sehr belästigte. Sie hatte stets regelmässig menstruirt. Bei der Untersuchung des Bauches hatte sich gezeigt, dass seine Volumsvergrösserung in Folge eines Ovarientumors entstanden war. Die Geschwulst schien aus einer einzigen Cyste zu bestehen, die nirgends adhaerirte und deren Sitz wahrscheinlich in die linke Seite zu verlegen war, obwohl die Kranke die erste Andeutung ihres Leidens rechts wahrgenommen haben will, wo sie sich auch zu wiederholten Malen wegen Schmerzanfällen Blutegel setzte.

Bei einer vorgenommenen Punktion entleerte der Tumor eine klare Flüssigkeit.

L. schlug der Patientin die Jodeinspritzung vor und unternahm sie auch mit ihrer Einwilligung. Blase und Rectum wurden entleert, und in der Mitte der lin. alba zwischen Nabel und obern Rand des Schambogens die Operationsstelle bestimmt. Zwei Wochen vor dem Eintritte der Menses (6. Nov.) wurde mittels eines geraden Troicarts punktirt, und Flüssigkeit so lange entleert, bis selbst beim Zusammendrücken des Leibes nichts mehr zu entleeren war. Im Ganzen wurden 10 Quart Wasser entleert. Nun wurde eine Injektion von Tinct. Jod. aqua dest. aa unc. duas, Kalihydrojod. gr. 10 vorgenommen, jedoch schon die ersten Tropfen Jod verursachten bei der sonst nicht übertrieben empfindlichen Kranken sehr heftige Schmerzen. Nichtsdestoweniger beruhigte sich L. über den Ausgang, liess die Jodlösung wieder herauslaufen und entfernte die Kanüle.

Am Ende der ersten Stunde nach der Operation waren bedeutende Blässe, Temperatursverminderung, wiederholtes Erbrechen, kalter Schweiss an den Extremitäten und kaum fühlbarer Puls vorhanden. Vierzehn Stunden nach der Operation war die Kranke eine Leiche.

Es ist L. kein zweiter Fall bekannt, wo der lethale Ausgang, ohne durch eine anderweitige bedeutende anatomische Veränderung bedingt zu sein, so schnell nach der Einspritzung von Jod eingetreten wäre. L. nimmt deshalb auch keinen Anstand, den Tod von der Einwirkung der Injektion auf das Nervensystem selbst herzuleiten. Da ferner die Resorption von Jod nicht zu beschuldigen ist, sondern einfach die örtlich und dann allgemein reizende Eigenschaft der Lösung, so schlägt L. vor, die Operation in Zukunft nur in der Chloroformnarkose vorzunehmen, und dieselbe auch noch einige Zeit nach der Operation zu unterhalten.

Ein Fall von Leukämie bei einem vier Jahre alten Kinde;
von Dr. Biermer in Würzhurg (Virchow's Archiv 20. Bd. 5. Heft, 1861.)

Das Kind Marie M. (des Kaufmanns M. in K. bei Würzburg) soll in seinem ersten Lebensjahre vollkommen gesund gewesen sein, später aber eine Pneumonie und noch später einen Icterus katarrhalis überstanden haben. Seit mehr als zwei Jahren wurde es an Anämie behandelt, welche aber allmälig einen so hohen Grad erreichte, dass man ein organisches Leiden vermuthend Verf. zur Consultation rief.

Am 27. August 1859, wo B. das Kind zum ersten Male sah, fand er ein ungemein blasses Kolorit, ein wahrhaft wachsähnliches Aussehen des ganzen Körpers, wie er es vorher noch niemals bei einem Kinde beobachtet hatte, ferner eine enorme Milzvergrösserung, eine vergrösserte Leber, eine etwas grössere Herzdämpfung, ein starkes systolisches Geräusch, hörbar an der Mitralis, noch deutlicher an der Aorta und den Halsarterien, normale zweite Klappentöne, kontinuirliche Geräusche an den Jugularvenen, schwirrende Pulse an den grossen und mittleren Arterien, leicht gelbliche Färbung der Sklera der Augenwinkel. Der Unterleib war durch die vergrösserten Organe stark ausgedehnt. Milz und Leber waren der Palpation sehr gut zugänglich. Die Milz nahm nicht bloss die linke Ober- und Mittelbauchgegend ein, sondern erstreckte sich zum Theil noch ins Hypogastrium, während ihre Begrenzung nach rechts in einer convexen Linie, nahezu bis zur Medianlinie reichend geschah. Mit ihr in Verbindung fühlte B. unterhalb ihres unteren Randes eine nussgrosse Geschwulst, welche verschiebbar war und nicht leicht für etwas Anderes als für ein hypertrophisches Anhängsel der Milz gehalten werden konnte. Die Perkussion stimmte mit den Tastergebnissen überein. Auch die Leber war gut fühlbar, sie ragte über 3 Querfinger breit ins rechte

Hypochondrium. Die Kräfte der kleinen Kranken waren sehr vermindert doch war sie meist ausser Bett, die Stimmung aber wehleidend und düster. — Zu gleicher Zeit wurde B. die 3 Jahre alte Schwester der Patientin vorgestellt, welche ebenfalls sehr anämisch, blass und mit einem Milztumor geringen Grades behaftet war, sonst aber keine Symptome in den übrigen Organen wahrnehmen liess; namentlich fehlten die Cirkulationsveränderungen. Aus der Anamnese erfuhr Verf. keine aufklärenden Momente. Die Eltern sind anscheinend gesund; der Vater kräftig, im blühenden Mannesalter, die Mutter etwas älter, gleichfalls gut genährt und gesund aussehend. Dieselbe hatte 6mal geboren und war eben wieder hoch schwanger; 3 ihrer Kinder waren aus einer früheren Ehe, die übrigen aus der jetzigen. Die ersten 3 Kinder und 1 aus der jetzigen Ehe waren bereits gestorben, alle im Alter zwischen 1—3 Jahren; die Todesursachen sind nicht mehr zu ermitteln. Obwohl dem Verfasser noch keine Untersuchung des Blutes zu Gebote stand, so äusserte er doch damals schon den bestimmten Verdacht einer Leukämie und zwar, da die Lymphdrüsen durchaus keine Schwellung zeigten, einer rein-lienalen Form.

B. sah die kranken Kinder noch 2 Male, am 13. November 1859 und am 22. April 1860. Der Verlauf war inzwischen so, dass nach längerem Gebrauch von Liq. ferr. sesquichlor. und Leberthran beide Kinder eine scheinbare Besserung erfuhren.

B. untersuchte das Blut des ältern Kindes, fand aber keine so exquisite Vermehrung der weissen Blutkörperchen, als man bei dem Zustande der Kinder vermuthet hätte. Nachdem sich die jüngere Schwester wirklich gebessert hatte, namentlich ihr Milztumor in der Abnahme begriffen war, traten bei der ältern Schwester im April 1860 hydropische Erscheinungen hinzu, welche den tödtlichen Ausgang, der am 5. Mai erfolgte, beschleunigten.

Die Sektion, welche am 7. Mai vorgenommen wurde, ergab ein in hohem Grade leukämisches Blut, eine 20 Loth schwere leukämische Milz, eine vergrösserte fettige Muskatnussleber, ein ziemlich grosses Herz mit Erweiterung des linken Ventrikels ohne alle Klappenveränderungen, beginnendes Atherom der Aortenwände, mässige hydropische Ergüsse in den Höhlen, die Lymphdrüsen und übrigen Organe normal. Die Milz, welche in der grössten Länge 14.2 Cm., in der grössten Breite 12 Cm., in der grössten Dicke 5 Cm.; maass, war mit einer hypertrophirten Wallnussgrossen Nebenmilz verbunden beide zeigten eine einfache Hypertrophie der Pulpe und des Balkengewebes.

Die Entstehung des Uebels ist hier völlig dunkel, doch geht aus der Untersuchung des Blutes (indem sich zwischen dem aus der Leiche genommenen und dem vom 13. November 1859 untersuchten ein grosser Unterschied ergab) mit ziemlicher Sicherheit hervor, dass das Milzleiden älter, als die Leukämie. — Verf. ist geneigt in diesem Fall eine Diathese, die von mütterlicher Seite ausgeht, anzunehmen, wofür ihm die Sterblichkeit der Kinder aus zwei Ehen, und die gleichzeitig konstatirte Milzvergrösserung und Anämie des andern Schwesterchens spricht.

Zur Lehre vom Keuchhusten; von Ch. Laronde (L' Union medicale Nr. 61, 1860).

Verf. hatte während einer Keuchhusten-Epidemie Gelegenheit, 8 Geschwister zu beobachten, welche nach einander an Tussis convulsiva erkrankten und gelangte hiebei zur Ueberzeugung, dass dieses Leiden durch ein Contagium entstehe, dass sich unter den mit einander verkehrenden Kindern gerade so, wie das von Morbillen, Scarlatina oder Variola verbreitet. Er bemerkte ferner, dass die Erkrankung in der Regel mit einer katarrhalischen Affektion beginne, die in der ersten Zeit gewöhnlich von mehr oder weniger

heftigen Fieber-Erscheinungen begleitet wird, und dass der Keuchhusten um so länger dauert, je länger der ursprüngliche Katarrh anhielt. Verf. beobachtete ferner, dass die Zahl der Anfälle mit der Heftigkeit derselben im ungeraden Verhältniss stehe, dass der Keuchhusten nach ungefähr 8 Tagen sein Maximum an Intensität erlange, und dass er dann in dieser convulsiven Periode bis zur verhältnissmässig kurzen Zeit der Abnahme, fast ungeändert anhalte. Als Ursache der Hustenanfälle erkannte Verf. unter anderem die Ueberfüllung des Magens mit Speisen; er bemerkte aber auch, dass wenn ein Kind heftig zu husten begann, diess allein schon hinreichte, um auch bei den andern erkrankten Kindern die Anfälle hervorzurufen. Der Keuchhusten dauerte gewöhnlich 30—40 Tage und in Betreff der Therapie gelangte er zur Ueberzeugung, dass bei dieser Krankheit alle die sogenannten spezifischen Mittel, wie: Emetica, Asa foetida, Chinin, Kaffee keinen wesentlichen Einfluss haben; nur vom Kermes will er in der katarrhlischen Periode einigen Nutzen gesehen haben.

Verblutung eines acht Tage alten Mädchens an einem Blutegelstiche nebst Bemerkungen über die therapeutischen Maassnahmen in solchen Fällen; von Dr. Elsässer (Memorabilien Nr. 2, 1861).

E. theilt folgenden in mancher Hinsicht zu beherzigenden Fall mit. Es erkrankte 8 Tage nach der Geburt ein Mädchen an einer heftigen Entzündung des rechten Auges, wogegen Nachmittags 2 Uhr ein Blutegel an die rechte Schläfengegend gesetzt wurde. Um die Nachblutung zu stillen, wandte man die Kompression mit Lerchenschwamm vergebens an; der Lapis inf. vermochte nicht, einen Schorf zu bilden; Eisenchloridlösung, Kollodium, Kolophonium mit Gum. arab., dreimalige Kauterisation mit einer Stricknadel waren fruchtlos. Die Wunde blutete fort und fort. Den andern Morgen wurde die Umstechung vorgenommen. Die erste Nadel genügte jedoch auch nicht, trotzdem, dass der Faden sehr tief angelegt ward, und erst durch Anlegung eines zweiten, der sich mit dem ersten kreuzte, stand die Blutung.

Aus diesem Falle ergibt sich die Lehre, die Zeit nicht mit den unwirksamen, medikamentosen blutstillenden Mitteln hingehen zu lassen, sondern in einem solchen Falle in Bälde zu dem kräftigsten Mittel zu greifen, nämlich zur Umstechung. Bei Neugeborenen und kleinen Kindern sei man überhaupt vorsichtig mit derartigen lokalen Blutentziehungen, man wähle nur die kleinsten Blutegel, die keine so grossen und tiefen Wunden machen, und vergesse nie, dass je zarter die Kinder, um so mehr Blutverluste gefährlich sind, und dass die Anämie eine Entzündung weder kupiren noch deren Entstehung verhindern kann.

Autoren-Verzeichniss.

Althaus 12, 86.
Bamberger 32, 37, 107.
Barker 81.
Beau 167.
Beaupoil 85.
Behrend 1.
Bertherand 212.
Bertrand 14, 160.
Biermer 102, 228.
Blondlot 82.
Boone 175.
Bouvier 116.
Bowman 59.
Braun 62.
Budd 22.
Carus 27.
Chrastina 144.
Churchill 141.
Clemens 144, 167.
Crost 66.
Dauscher 60.
Deiters 144.
Demarquay 103.
Demeaux 215.
Depaul 66.
Desmarres 215.
Deville 11.
Devilliers 220.
Diday 201.
Dios 178.
Dolbeau 128.
Donkin 224.
Dubois 222.
Duroy 9.
Duval 15.
Elsässer 230.
Engelsberg 192.
Eulenberg 144.
Farre 12.
Feitel 144.
Formento 35.
Förster 144.
Foucard 143.
Foucher 52.
Franque 178.
Friedberg 153.
Fronmüller 112.
Gamberini 83.
Gatezowski 55.
Geerds 181.
Geigel 205.
Germain 81.
Gietl 22.
Gouriet 114.
Gräfe 134.
Grisolle 176.
Gross 109.
Günter 200.
Hamilton 98.
Hasner 136.
Hassal 166.
Hebra 37, 201.
Heisch 9.
Heyfelder 129.
Hogg 137.
Hüter 63.
Innhauser 106.
Jaksch 32, 107.
Jeannet 163.
Jenner 69.
Jodko 138.
Jones 81.
Joret 82.
Klügel 153.
Küchenmeister 192.
Lafont-Gouzy 100.
Lallemand 9.
Langenbek 41, 120.
Laronde 229.
Lebert 75, 155.
Leuckart 192.
Leudet 191.
Lizié 65.
Löwenhardt 227.
Ludwig 168.
Lunda 56.
Malmsten 100.
Mandl 98, 184.
Marcellin-Duval 211.
Martin 140, 226.
Meade 53.
Meissner 18.
Michaux 208.
Miles 185.
Mirault 46.
Missa 143.
Mosler 170.
Müller 35, 104, 217.
Münchmayer 29.
Nevins 23.
Odachowski 87.
Ogier 120.
Opitz 95.
Oppolzer 16, 88, 186.
Ozanam 161.
Page 11.
Paget 211.
Perrin 9.
Philippsohn 180.
Poland 138.
Radfort 225.
Reber 190.
Reeves 144.
Reid 177.
Renard 132.
Richardson 32, 107.
Roche 23.
Roser 48.
Russel 49.
Sales-Girons 23.
Scanzoni 141.
Schmitz 206.
Schnitzer 23.
Schreber 162.
Schweigger 216
Sedgwick 143.
Seiche 203.
Semanas 74.
Siemon 144.
Simon 164.
Sigmund 195.
Skoda 144.
Stein 117.
Stiebel 144.
Stockinger 106.
Streubel 125.
Swinburn 114.
Traube 182.
Trautze 136.
Treitz 32, 107.
Trölsch 218.
Virchow 192.
Vogler 23.
Weber 1.
Wegscheider 223.
Weikart 3.
Wertheimber 73.
Wells 68.
West 114,
Wickham 59.
Willebrand 5.
Wilson 58.
Woodson 222.
Wright 165.
Zagell 19.
Zander 50.
Zenker 192.

Inhalt.

Seite

Aether, Chloroform, Amylen und Kohlengas; die Art ihrer Wirkung 9
Aftersperre, angeborene 153
Ansa haemostatica a tergo 206
Anthrax; zur Therapie des 203
Aneurysmen, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Behandlung durch Kompression. (Neue Folge). 46
Apiol gegen Amenorrhoe und Dismenorrhoe 82
Area Celsi 205
Argyria; ein Fall von 83
Arsenikesser in Steiermark 9
Aphonie, syphilitische 201
Auge. Verlust desselben durch einen unglücklich angesetzten Blutegel 58
Augenblennorrhoe; Einiges über die bisherige Behandlung derselben und über die Sabina-Essenz gegen die blennorrhoischen Produkte der Bindehaut 56
Augenentzündung, blennorrhoische auf beiden Augen. Heilung durch Aetzmittel 217

Bäder; Wirkung der 168
Balnéation á l'hydrofère 87
Bauchwunde, penetrirende mit Vorfall des Netzes — Gangrän — jauchige Peritonitis — Heilung 50
Becken-Fraktur mit Zerreissung der Harnröhre, Striktur mit falschen Wegen und einer falschen Blase, Operation, Heilung 211
Blasenstein; versuchte Lythotritie, Steinschnitt in der Medianlinie des Perineum, rasche Heilung 128
Bleilähmung und Bleikolik, Behandlung mit Elektrizität 12
Blutweinen. Ueber das 136

Catalepsia cerca, epileptische Krämpfe der rechten Körperhälte mit Lähmung derselben 18
Catalepsie; Mittheilung eines Falles nebst Bemerkungen über diese Krankheitsform 170
Chinin in Salbenform bei intermittirenden und remittirenden Krankheitsformen des kindlichen Alters 74

Seite

Chloroform - Inhalationen und die Gefahren bei ihrer Anwendung 1
Chlorzinklösung, Burnett'sche; ein Fall von Vergiftung durch dieselbe 165
Cilien. Eindringen derselben in die vordere Kammer . . . 214
Conjunctivitis purulenta neonatorum 215

Darmblutungen. Zur Therapie der 186
Dentitions - Diarrhoen. Zur Behandlung der 73
Digitalis. Wirkung und therapeutische Eigenschaften derselben 81
Digitalis - Tinktur gegen Delirium Tremens 81
Diuretica; Versuche über die Wirkung der 3
Douche. Ueber die 15

Elektrizität. Zur Anwendung der 167
Elephantiasis des Schenkels und des Fusses, geheilt durch Unterbindung der Schenkelarterie 120
Empyema sinistrum cum fistula pectorali, behandelt mit Jodeinspritzungen 100
Enucleatio talo-cruralis im Vergleiche zur Amputation des Unterschenkels über den Knöchel oder am Orte der Wahl 208
Epilepsie. Ein seltener Fall von 181

Farbe — grüne, Gefahrlosigkeit derselben bei künstlicher Blutung 166
Fette Substanzen; Einfluss derselben auf die Löslichkeit der arsenigen Säure 82
Furunkulose. Zur Therapie der 201

Gaumensegel; Lähmung desselben nach Diptheritis . . 23
Gebärmutter - Blasenfistel. Fall mit epikritischen Bemerkungen 141
Gebärmutter - Blasenfistel — Operation 141
Gebärmutter - Vorfall bei Schwangeren und Gebärenden 63
Gehörgang äusserer; Krankheiten desselben 218
Geschwulst, pulsirende in der Orbita — Unterbindung der Arteria carotis communis. Heilung 59

Haemoptysis in Folge des Gebrauchs von Sulfas Chinini 164
Hemikranie mit epileptischen Anfällen geheilt durch subkutane Morphium-Injektionen 175
Herzruptur. Ein Fall von 98
Hydatidencyste der Leber; eiternde Eröffnung mittelst Caustica — rasche Heilung 103
Hydrophobie, Wesen und Heilung der 19
Hyperaesthesien. Behandlung derselben mittelst Elektrizität 86
Icterus potatorum 191
Idiosomnambulismus, abnormer Traumzustand 180

Seite

Inhalationskuren, mit besonderer Berücksichtigung des Salcs-Girons'schen Heilverfahrens 23
Inversion des Uterus, komplete, nach einem Abortus im vierten Schwangerschaftsmonate, Reposition nach sechs Tagen 222
Iridektomie bei Glaucom 216
Iris, Bemerkungen über den Einfluss derselben bei der Accomodation, basirt auf einen Fall von gänzlicher Extraktion dieser Haut aus einem gesunden menschlichen Auge . . 138
Iritis und Iridocyclitis chronica; ein neues Heilverfahren bei verzweifelten Fällen 134
Kathetrisiren, erschwertes bei Urinretention, in Folge von Entzündung des Blasenhalses — Ursachen und Mittel sie zu heben 52
Keuchhusten 229
Kieferresektion mit Erhaltung des Gaumens 48
Kniekehlen-Schlagader-Zerreissung — Amputation — Tod 133
Krämpfe, epileptische und hysterische. Zur differentiellen Diagnose derselben 178
Krystallinse, Luxation derselben durch Niesen 137
Leberthran — Mittel zur Verbesserung seines schlechten Geschmackes 163
Leukämie, ein Fall von 228
Ligatur der Carotis ext. und commun., an einem Tage vollführt bei einem viermonatlichen Kinde 212
Lufteintritt in die Venen, nach einem Versuche, Abortus zu bewirken — Tod 144
Lufteintritt in die Uterinvenen während der Anwendung der Douche — Tod 144
Lungenabszess, der sich im Verlaufe einer akuten Pneumonie entwickelt hat — Heilung 182
Lungenschwindsucht; Alteration der Stimme bei der . 184
Meliturie, nach dem Gebrauche von Karlsbad rasch geheilt 104
Merkurielle Behandlung syphilitischer Eltern, Einfluss derselben auf die Kinder 35
Muttermund, über Rigidität desselben 222
Nabelschnurverkürzung. Zur Diagnose der 220
Nabelstrang. Von der natürlichen und zufälligen Kürze desselben als Ursache einer fehlerhaften Präsentation der Frucht zur Zeit der Geburt 221
Nekrose des linken Oberkiefers, Auftreibung des Brustbeins der Schien- und Schlüsselbeine in Folge von Syphilis . 200
Nerven, Krankheiten der pheripheren 16 88
Neurosen des Larynx 98
Nitras argenti, Kauterisation mit demselben bei Neuralgien 178
Oesophagus-Strikturen. Ueber syphilitische 114
Opiumvergiftung. Bemerkungen über die Behandlung der 85

Seite

Ophtalmoskop. Eine neue Modifikation des 55
Ovarialcyste, multiloculäre, dreimal punktirt — Ovariotomie — Adhaesion an die Leber. Heilung 68
Ovariencyste mit Jodinjektionen behandelt — Tod . . . —
Oxalsäure-Vergiftung mit tödtlichem Ausgange 11

Parasiten, pflanzliche. Zur Lehre von den durch sie bedingten Hautkrankheiten 117
Pemphigus. Zur Lehre vom 37
Perforation des Wurmfortsatzes, zur Therapie der . 199
Placenta; Geburt derselben vor dem Kinde 143
Placenta-Extraktion bei Abortus im dritten oder vierten Schwangerschaftsmonate; Mittel zu ihrer Erleichterung . 66
Placenta praevia. Bemerkungen über die Pathologie und Therapie der 224
Placenta praevia mit unglücklichem Ausgang 223
Placentar-Polypen, intrauterine. Nosogenie derselben . 62
Pleuritisches Exsudat — Thoracenthese — Heilung . . 100
Pneumothorax. Zur Diagnose und Heilung des 102
Polykorie. Merkwürdiger Fall von 58
Prostata-Entzündung mit Abszessbildung, nebst Bemerkungen über ihre Behandlung 53
Prostatorrhoe, über 109

Resektion des Unterkiefers, totale 129
Rhachitis — Symptomatologie, Wesen und Behandlung . . 69
Rhinoskopie. Beiträge zur 60

Sarcina ventriculi mit Erbrechen von Gallensteinen . . 185
Sauerstoffgas als Gegenmittel von Chloroform und Aether 162
Scharlach, zur Lehre vom 144
Schusswunde im rechten Hypochondrium, Verletzung der Leber und Niere, Urinfistel, Nierenabszess in Kommunikation mit den Bronchien; Tod nach 90 Stunden 132
Schwangerschaft und Bauchgeschwulst, schwierige Diagnose zwischen 62
Secale cornutum, Wirkung des 5
Skorbut, zur Lehre vom 95
Spermatorrhoe, bedingt durch chronische Blennorrhoe — Heilung durch Kauterisation der pars prostatica und kalte Bäder 35
Splitterbrüche durch Schusswaffen. Erhaltung der Extremitäten, namentlich der untern bei denselben 211
Sterblichkeit, grosse, hervorgebracht durch die Ausdünstung von todten Fischen 71
Struvitbildung im Darmkanale des Menschen 106
Syphilis, tertiäre, zwei seltene Fälle 15
Syphilisation, kurative 112
Syphilitische Krankheitsformen, primäre. Ueber ungestörten Verlauf und zweckmässige Behandlung derselben 195

Seite

Taxis bei Brucheinklemmungen 125
Tetanus. Zur Therapie des 177
Thonerde. Therapeutische Eigenschaften der 163
Tracheotomie. Abstossung eines nekrotischen Stückes-Schildknorpel 49
Transfusion bei Neuentbundenen. Zur Lehre von der . .
Trichinenkrankheit. Wesen, Erkenntniss und Behandlung der 192
Tuberkulose. Ein Fall von geheilter 27
Typhlitis und Perityphlitis. Untersuchungen über diese Krankheitsformen und ihre Folgezustände 29
Typhus. Zur Aetiologie des 22

Uraemie und Amoniaemie 32
Uterinal-Haemorrhagien. Anwendung der Elektrizität bei der Behandlung derselben . . . .

Venen. Beiträge zur chirurgischen Pathologie der . . . 41, 120
Verblutung eines acht Tage alten Mädchens an einem Blutegelstiche, nebst Bemerkungen über die therapeutischen Maassnahmen in solchen Fällen 230

Weinklystiere gegen hartnäckige Dyspepsie 106
Wendung unvollständige 143
Wildbäder. Wirkungssphäre der 14

Zange. Ihre Anwendung — bei Gesichtslagen 140
Zitronen. Zwei Fälle von Vergiftung durch den Genuss derselben 12

Typogr. Wilhelm Engel, Stadt, Wollzeile Nr. 770.

